

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

224

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques BUTZBACH

Né le 8 Novembre 1914, à St-Aubin-sur-Mer (Calvados)

7 JUL 1942

Présentée et soutenue publiquement le 19

LES BOUFFÉES DÉLIRANTES
PSEUDO HÉBÉPHRÉNIQUES
DE L'ADOLESCENCE

(Contribution à l'étude du diagnostic et du pronostic
des psychoses de l'adolescence)

Président: M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1942

SECRET

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **BUTZBACH.**

Prénom : Jacques.

Date de la soutenance: _____

Numéro d'ordre: _____

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

BUTZBACH (Jacques). — L e s
bouffées délirantes pseudo-
hébéphréniques de l'adoles-
cence. — *Paris, Imp. R. Fou-*
lon, 1942, in-8°, 126 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1942, N°)

BUTZBACH (Jacques). — L e s
bouffées délirantes pseudo-
hébéphréniques de l'adoles-
cence. — *Paris, Imp. R. Fou-*
lon, 1942, in-8°, 126 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1942, N°)

BUTZBACH (Jacques). — L e s
bouffées délirantes pseudo-
hébéphréniques de l'adoles-
cence. — *Paris, Imp. R. Fou-*
lon, 1942, in-8°, 126 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1942, N°)

BUTZBACH (Jacques). — L e s
bouffées délirantes pseudo-
hébéphréniques de l'adoles-
cence. — *Paris, Imp. R. Fou-*
lon, 1942, in-8°, 126 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1942, N°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques BUTZBACH

Né le 8 Novembre 1914, à St-Aubin-sur-Mer (Calvados)

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

LES BOUFFÉES DÉLIRANTES
PSEUDO HÉBÉPHRÉNIQUES
DE L'ADOLESCENCE

(Contribution à l'étude du diagnostic et du pronostic
des psychoses de l'adolescence)

Président: M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1942



I. — PROFESSEURS

LE DOYEN BAUDOUIN

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale ..
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie ..
 Pathologie expérimentale comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale }

Hygiène et clinique de la première enfance ..
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies
 de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
 Clinique des maladies du système nerveux
 Cliniques des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale }

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements }

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique
 Clinique de cardiologie
 Clinique de neuro-chirurgie
 Assistance Médico-sociale

Professeurs sans chaire }

ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 GASTINEL.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 M...
 QUENU.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENBAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 DUVOIR.

Henri BENARD.
 CHIRAY.
 ABRAMI.
 FIESSINGER.
 HARVIER.
 P.-VALLERY-RADOT.
 CATHALA.
 Robert DEBRE.

LAIGNEL-LAVASTINE
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CADENAT.
 GOSSET.
 LENORMANT.
 MONDOR.
 VELTER.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 LEVY-SOLAL.
 PORTES.
 MOCQUOT.
 LEVEUF.
 LOEPER.
 LEMAITRE.
 BROCC.
 M. VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 DONZELOT.
 Clovis VINCENT.
 N...
 DOGNON.
 GIROUD.
 HAZARD.
 JAYLE.
 JOANNON.
 OLIVIER.
 VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.	HAGUENAU	Pathologie	médicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.	LACOMME	Obstétrique.	
BERNARD Etienne.	Pathologie	médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BESANÇON Justin..	Hydrologie.		LAVIER	Parasitologie.	
BONNET	Bactériologie		LELONG	Pathologie	médicale.
BOULIN	Pathologie	médicale.	LEMAIRE	Pathologie	expérimentale.
BROUET	Pathologie	médicale.	LENEGRE	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.		Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
CACHERA	Pathologie	médicale.	MARCHAL	Pathologie	médicale.
CORDIER	Anatomie.		MENEGAUX	Pathologie	chirurgicale.
COSTE	Pathologie	médicale.	MOLLARET	Pathologie	médicale.
JOUVELAIRE (Roger)	Urologie.		MOUQUIN	Pathologie	médicale.
DELARUE	Anatomie	pathologique.	PATEL	Pathologie	chirurgicale.
DELAY	Pathologie	médicale.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie	chirurgicale.
DESGREZ (H.)	Physique.		RENARD	Ophthalmologie.	
DESOILLE	— Médecine légale.		RICHET	Physiologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		SENEQUE	Pathologie	chirurgicale.
DOGNON	Physique.		SICARD	Pathologie	chirurgicale.
FÈVRE	Pathologie	chirurgicale.	SOULIE	Pathologie	médicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.	
GALLIARD	Parasitologie.		TURPIN	Pathologie	médicale.
GARCIN	Pathologie	médicale.	WILMOTH	Pathologie	chirurgicale.
Mlle GAUTHIER-	Anatomie	pathologique.			
VILLARS					
DE GENNES	Pathologie	médicale.			

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie Pathologique.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	LE LORIER	— Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	PIEDELIEVRE . .	Médecine légale.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART	
CHEVALLIER .		d'ALLAINES .	
LAROCHE Guy		MOULONGUET .	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME ET A MON FILS

A MON COUSIN

Monsieur le Docteur Georges MENEGAUX
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux

A MES FRERES ET SCEURS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
Monsieur le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur de la Clinique des Maladies mentales
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*A qui nous voulons apporter l'hommage
de notre respectueuse gratitude pour le
grand honneur qu'il nous a fait en accep-
tant la présidence de cette thèse.*

A Monsieur le Docteur BRISSOT
Médecin en chef de la Colonie pour Enfants anormaux
de Perray-Vaucluse

*Qui a été notre premier Maître dans les
Asiles de la Seine, et qui a inspiré cette
thèse. En témoignage de vive reconnaissance
et de respectueux attachement.*

A Monsieur le Docteur SENGES
Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

*Dont nous avons eu l'honneur d'être l'in-
terne.*

A Mademoiselle le Docteur CULLERRE
Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Dont nous avons l'honneur d'être l'interne.

A Monsieur le Docteur Henri EY
Médecin en chef de l'Asile de Bonneval

*Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'élève.*

A Monsieur le Professeur LEMIERRE
Professeur de Clinique des Maladies infectieuses
Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard
Membre de l'Académie de Médecine

A Monsieur le Professeur DONZELOT
Professeur de Clinique de Cardiologie
Médecin de l'Hôpital Broussais

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages :

- 1932-1933 Monsieur le Professeur SERGENT
Monsieur le Professeur LENORMAND
1933-1934 Monsieur le Docteur RAMON
Monsieur le Docteur CADENAT

Externat des Hôpitaux de Paris :

- 1934-1935 Monsieur le Docteur DESPLAS
1935-1936 Monsieur le Professeur LEMIERRE
1936-1937 Monsieur le Docteur TZANCK
Monsieur le Docteur RIST
Monsieur le Professeur TROISIER
1937-1938 Monsieur le Professeur DONZELOT

Internat provisoire des Asiles de la Seine :

- 1938-1939 Monsieur le Docteur BRISSOT

Internat titulaire :

- 1940-1941 Monsieur le Docteur SENGES
1941-1942 Mademoiselle le Docteur CULLERRE

A Monsieur le Docteur LAPORTE
Médecin des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur MEILLIERE
Chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur REILLY
Chef de Laboratoire à l'Hôpital Claude-Bernard

A MES AMIS

INTRODUCTION

Nous n'avons pas l'intention ni la prétention, dans ce travail, de créer un nouveau cadre nosologique. Nous voulons seulement attirer l'attention sur les problèmes de diagnostic et de pronostic que posent certaines psychoses de l'adolescence. Notre Maître, le docteur BRISSOT, a eu l'occasion d'observer, depuis quelques années, de nombreux malades (1) qui arrivaient à la Colonie de Vaucluse avec le diagnostic de démence précoce. Or, les semaines et quelquefois les jours qui suivaient l'admission de ces jeunes malades voyaient les troubles mentaux évoluer rapidement vers une guérison inattendue qui venait infirmer le pronostic sombre que comporte un tel diagnostic.

Pareille constatation n'est pas très nouvelle; elle a entraîné depuis plus de vingt ans de nombreuses discussions dont on retrouve les traces dans les comptes rendus des Sociétés Savantes. Mais elle prend, croyons-nous, une importance particulière chez les adolescents qui, lorsqu'ils présentent des troubles mentaux, sont assez souvent victimes du diagnostic systématique de démence précoce. Comme l'a écrit M^{lle} PETIT dans une thèse assez récente : « Cette évolution imprévue vers la guérison est l'écueil des vastes synthèses nosographiques contemporaines, en particulier celles de KRAEPELIN et de BLEULER, dont nous ne méconnaissions pas la valeur rénovatrice considérable, mais qui ont trop négligé les délires transitoires, auxquels les anciennes classifications, surtout celle de MACNAN, accordaient une large place. »

Dans une première partie, nous exposerons rapidement l'évolution des idées sur les psychoses de l'adolescence et sur les états délirants curables. Puis nous entreprendrons l'étude des 18 observations que nous avons choisies comme objet de notre travail.

(1) Il s'agissait d'adolescents de 14 à 18 ans du sexe masculin; la colonie de Vaucluse n'accepte en effet que les garçons.

Cette étude, envisagée d'un point de vue purement clinique, sans aucune préoccupation doctrinale ou pathogénique, nous a montré chez nos malades une unité remarquable au triple point de vue du terrain, de l'aspect clinique et de l'évolution. Nous avons ainsi recueilli un ensemble de faits qui nous ont paru présenter de nombreuses analogies, avec ceux qui ont été décrits autrefois par MAGNAN sous le nom de bouffée délirante des dégénérés. Et nous espérons apporter ici une nouvelle preuve de l'existence de cette entité clinique, dont l'étude a été reprise, après une courte éclipse, par de nombreux auteurs français et étrangers. Enfin, dans la troisième partie de notre travail, nous aborderons le délicat problème que pose le diagnostic de ces états délirants curables avec la démence précoce. Nous essaierons de mettre en évidence les éléments du tableau clinique qui, avant que l'on connaisse l'évolution, permettent d'éliminer le diagnostic de démence précoce et de porter un pronostic relativement favorable. Et, en même temps, nous étudierons les rapports qui unissent nos états délirants aux autres psychoses aiguës (psychose maniaque-dépressive et confusion mentale).

Avant d'exposer notre thèse, nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance à notre Maître, le docteur BRISSOT, qui a été l'instigateur de ce travail et qui nous a aidé de ses bienveillants conseils et de sa longue expérience. Nous remercions également le docteur GENIL-PERRIN qui a bien voulu mettre à notre disposition les dossiers de l'Hôpital Henri-Rousselle, où presque tous nos malades ont fait un séjour plus ou moins prolongé.

HISTORIQUE

Les psychoses de l'adolescence ont presque toujours été assimilées, à quelques nuances près, aux psychoses de l'adulte. C'est pourquoi, dans l'étude historique des états délirants curables de l'adolescence, nous devons laisser une large part à l'évolution des idées sur les délires curables en général.

Cependant, le rôle de la puberté, ou plus exactement de la période pubérale, dans le déclenchement des psychoses est connu depuis bien longtemps et a fait l'objet de nombreux travaux. Signalons, à titre de curiosité, que déjà, dans l'antiquité, ARÉTÉE DE CAPPADOCE montre l'homme exposé aux troubles mentaux, surtout « à l'âge où il a le plus de sang et de chaleur, au moment de la puberté, dans la jeunesse... » Il s'agit « de manie chez les gens qui sont le plus naturellement irritables, violents, adonnés à la joie, d'un esprit facile à la plaisanterie; de mélancolie chez d'autres dont on connaît les préoccupations hypochondriaques, la misanthropie et le dégoût de la vie ». Les accès évoluent différemment : ou bien « la sensibilité des malades et leur intelligence tombent dans la dépravation », ou bien « la manie peut être le commencement ou une simple modification de la mélancolie ». Un autre médecin de l'antiquité, SORANUS D'ÉPHÈSE, estime aussi que la manie est particulièrement fréquente chez les jeunes gens.

Depuis lors, de nombreux auteurs ont étudié les délires de l'adolescence, les intitulant soit « psychoses pubérales », soit « délires (1) des enfants » (cette expression crée d'ailleurs quel-

(1) Nous employons ici le terme de délire avec le sens qu'on lui attribuait au siècle dernier où, avant de s'appliquer aux conceptions délirantes, il était réservé aux états psychopathiques aigus. Cette ambiguïté du terme explique « l'extrême difficulté que l'on éprouve à présenter une étude des psychoses délirantes qui ne se confonde pas avec une description des psychoses aiguës » (H. Ey).

que équivoque, car il s'agit le plus souvent d'adolescents pubères et non d'enfants). Tous ces auteurs, insistant sur la rareté des troubles mentaux avant la puberté, considèrent celle-ci comme étant une cause importante de folie.

PINEL, dans son traité médico-philosophique à propos des causes capables de déterminer l'aliénation mentale, signale la « sensibilité exquise à certaines époques de la vie, telles que la puberté, la menstruation, la grossesse, les couches et l'âge critique ».

ESQUIROL insiste sur le rôle que jouent les premières menstruations et ajoute : « Beaucoup de garçons se trouvent au moment critique de la maturité dans des dispositions analogues à celles des filles, que l'on ne saurait trop surveiller en raison des suites qu'elles peuvent avoir ». Plus loin, il écrit : « L'aliénation mentale pourrait être divisée relativement aux âges : en imbécillité pour l'enfance, en manie et en monomanie pour l'adolescence, en mélancolie ou lypémanie pour l'âge consistant, en démence pour l'âge avancé. »

Pour GUISLAIN (1) : « A compter de 16 ans, l'aliénation devient une maladie propre au genre humain. Mais jusqu'à 20 ans les cas sont rares, ils ne deviennent fréquents qu'après 20 ans. » BRIERRE DE BOISMONT montre, en 1851, que la manie du suicide est fréquente à l'époque de la puberté, « et que l'intelligence, les facultés affectives, les penchants sont quelquefois pervertis, exaltés, abolis, dénaturés ». En 1857, ROUSSEAU fait paraître sa thèse (2), dans laquelle il donne la première place à la manie continue intermittente ou rémittente. LE PAULMIER (3) décrit une sorte d'excitation maniaque qui est propre aux enfants et qui aboutit presque fatalement à un état d'idiotie irrémédiable. Et MORËL (4), en 1860, décrit la démence prématurée sous le nom de démence précoce : il montre qu'elle est un stigmate de dégénérescence survenant chez les enfants d'alcooliques ou d'aliénés. Citons encore MAUDSLEY (la pathologie de l'esprit) : « Le développement de la puberté est de temps à autre l'occasion d'un accès d'aliénation mentale, surtout lorsqu'il existe une prédispo-

(1) GUISLAIN : Leçons orales sur les phrénopathies, 1854.

(2) ROUSSEAU : de la folie à l'époque de la puberté. Thèse Paris 1857.

(3) LE PAULMIER : des affections mentales chez les enfants et en particulier de la manie. Thèse Paris, 1856.

(4) MORËL : traité des maladies mentales. Paris 1860.

sition héréditaire ». Il n'y a rien de particulier dans son aspect. « Elle revêt la forme de la manie ou de la mélancolie. »

La plupart des auteurs que nous venons de citer n'accordent donc aucune physionomie particulière aux psychoses de l'adolescence. Dans la deuxième moitié du XIX^e siècle, au contraire, on va se demander s'il existe des psychoses de l'adolescence dues à la puberté et, dans ce cas, quelle est ou quelles sont ces psychoses.

En 1863. KAHLBAUM décrit l'hébéphrénie dont l'étude est reprise et complétée en 1871 par HECKER (1). « C'est une affection mentale qui débute à l'époque de la puberté, se manifeste par des alternatives ou une succession d'accès de manie ou de mélancolie et marche rapidement vers la démence. » Les deux signes capitaux de l'hébéphrénie sont donc l'apparition au moment de la puberté et l'incurabilité. Elle est rangée par KAHLBAUM dans le groupe des paraphrénies (psychoses liées à une phase de l'évolution physiologique) sous le nom de paraphrénia hébética, à côté de la paraphrénia sénilis. Et un peu plus tard, KRAEPELIN la considère comme une forme clinique de sa démence précoce, à côté de la forme paranoïde et de la forme catatonique déjà décrite en 1874 par KAHLBAUM.

L'existence de cette entité clinique sera admise par la majorité des aliénistes. Cependant, des critiques vont naître. SKAE, CLOUSTON insistent sur la nature fréquemment transitoire de nombreux troubles mentaux de la puberté. SCHULE, BENJAMIN BALL (2) protestent contre le dogme de l'incurabilité. De plus, ce dernier signale pour la première fois la possibilité de rémissions dans l'évolution de la maladie : « Dans ce processus morbide, écrit-il, il y a des intermittences plus ou moins durables pendant lesquelles le jeune malade semble se rétablir et retrouver l'équilibre de ses facultés. » KRAFFT-EBING, dans son traité de psychiatrie, estime que l'hébéphrénie est rare et peut guérir, et qu'elle évolue toujours sur un terrain taré. RÉGIS écrit : « Malgré l'opinion de certains auteurs allemands, la folie de la puberté est en général peu grave et disparaît avec la cessation de la période critique qui lui a donné naissance, à moins d'avoir sa source dans une hérédité très marquée, auquel cas elle n'est que la première étape d'une dégénérescence intellectuelle ou d'une démence incurable. »

(1) HECKER : Virchow's Archiv., 1871, LII.

(2) B. BALL : Folie de la puberté — Encéphale, 1884, p. 5 .

D'autre part, de nombreux auteurs n'admettent pas l'hébéphrénie de KAHLBAUM et HECKER comme *la* psychose, mais tout au plus comme *une* psychose de la puberté. « Chez les individus de 16 à 20 ans, on peut observer presque toutes les psychoses qui surviennent aux autres périodes de la vie; il n'y a donc pas une hébéphrénie, mais des hébéphrénies » (EMMINGHAUS). En 1888, MAIRET publie une série de leçons intitulées « Folie de la puberté » (1), dans lesquelles il tente, tout d'abord, de prouver l'existence « de troubles mentaux de nature pubérale ». Puis il décrit :

1° Une folie pubérale avec arrêt du développement intellectuel et délire variable, qui correspond à l'hébéphrénie et qui est incurable;

2° Une folie pubérale simple qui se manifeste sous diverses formes cliniques : stupeur lypémaniacque (ou catatonie), manie choréique, manie impulsive et manie hystérique. Toutes ces formes apparaissent sur des sujets présentant une prédisposition certaine et évoluent plus ou moins rapidement vers la guérison.

MAIRET est l'un des derniers auteurs (2) à admettre l'existence de psychoses dues à la puberté. Sous l'impulsion de MAGNAN, la plupart des aliénistes considèrent la puberté comme une cause provocatrice banale, qui ne joue qu'un rôle accessoire. L'hérédité est le facteur principal. Les actes impulsifs, les alternatives de manie et de mélancolie, les retours périodiques, les rémissions brusques, la guérison toujours possible, constituent les manifestations caractéristiques de cette hérédité chargée, de cette dégénérescence.

Toutefois, en 1899, CHRISTIAN (3) nie le caractère dégénératif héréditaire de l'hébéphrénie, et note à côté de cette affection la relative fréquence chez les adolescents, d'une part d'accès maniaques ou mélancoliques qui guérissent sans laisser de trace: d'autres part, d'accès maniaques ou mélancoliques qui sont suivis d'autres semblables.

(1) MAIRET : Folie de la puberté. AMP, 1888, T. II, p. 340 — 1889, T. I, p. 34, 209 et 353, T. II, p. 27.

(2) Nous ne citerons que pour mémoire l'ouvrage de MOREAU de Tours « La Folie chez les enfants » (1888). L'auteur ne s'occupe qu'à peine d'adolescents et se contente de citer quelques cas d'états maniaques plus ou moins typiques.

(3) CHRISTIAN : La démence précoce des jeunes gens. Contribution à l'étude de l'hébéphrénie. A. M. P., 1899.

Lors du Congrès International de Médecine de 1900, les psychoses de la puberté constituent l'un des sujets d'étude choisis par la section de psychiatrie et sont l'objet de plusieurs rapports fort intéressants (1) qui montrent assez bien les conceptions nosologiques d'alors. Notons tout d'abord que tous les auteurs s'accordent pour refuser toute spécificité et toute individualité aux groupes des psychoses pubérales et que tous donnent, dans la genèse de ces troubles mentaux, une grande importance au facteur tare héréditaire. Ces deux points de doctrine ont été excellemment résumés par Gilbert BALLET dans la discussion qui a suivi l'exposé des rapports.

« Les psychoses en question, dit-il, peuvent être divisées en deux groupes : 1° celles qui se rencontrent pendant la puberté sans lui appartenir en propre; 2° celles qui mériteraient vraiment le nom de psychoses pubérales, s'il était établi qu'elles naissent et se développent sous l'influence de la puberté et, qu'en outre, elles ont, de ce chef, une physionomie particulière.

« Je ne m'occuperai pas des premières qui ne peuvent être considérées comme psychoses pubérales... Quant aux secondes, s'il est des formes qu'on puisse leur rattacher, elles se rapprochent plus ou moins par leur physionomie du type décrit par KAHLBAUM. Le début en est variable, c'est tantôt un accès de manie, alternant ou non avec des accès de mélancolie, tantôt un délire de persécution, ambitieux ou mystique, tantôt une période de stupeur, tantôt de simples perversions de caractère, mais la suite est toujours la même : c'est l'affaiblissement intellectuelle et la démence, démence qui peut elle-même revêtir divers aspects : car il y a une démence torpide, une démence agitée, une démence loquace, etc... J'estime que les types cliniques précédents qui, après tout, se résolvent dans la démence précoce, sont ceux qui nous représentent les psychoses pubérales vraies, s'il y a des psychoses pubérales. Or, en est-il ainsi? »

Gilbert BALLET étudie ensuite la puberté du point de vue physiologique et montre que sa durée est assez courte, et qu'en tout cas elle ne peut s'étendre de 14 à 20 ans, limites généralement admises pour l'éclosion des psychoses pubérales. Ce n'est donc pas la puberté qui les produit. Quelle en est donc la cause? se demande l'auteur. « Pour un certain nombre de cas, cette

(1) XIII^e Congrès International de Médecine, Paris 1900. Section de Psychiatrie. Comptes rendus publiés par A. Ritti (Masson.)

cause est évidente : hérédité chargée, anomalies physiques, déficiences intellectuelles et morales, on retrouve tout cela assez accusé et assez net pour qu'il n'y ait aucun doute sur l'existence de tares qui ont préparé le terrain et dont le rôle domine l'étiologie de ces cas. »

Toutefois, il n'en est pas toujours ainsi : il n'y a pas de tare décelable, la psychose semble un pur accident. Les causes occasionnelles adjuvantes qu'on a souvent invoquées sont loin d'être constantes. Il n'y a donc pas d'étiologie apparente. « Pourtant, ajoute Gilbert BALLET, celle-ci s'éclaire, si l'on considère toutes les gradations qui relient le malade à tares évidentes à celui qui en paraît indemne. L'hérédité pathologique peut devenir douteuse; mais combien ne trouve-t-on pas de ces bizarreries intellectuelles, de ces anomalies de caractères dont la signification ne saurait nous tromper! »

Et l'auteur conclut :

« Il y a des psychoses de l'adolescence, il n'y a pas à proprement parler de psychoses de la puberté. Dans la majorité des cas, on peut s'assurer que le sujet portait en lui une prédisposition dès longtemps acquise. Dans quelques cas où cette prédisposition semble faire défaut, on est en droit de l'admettre, car ces cas constituent une exception que rien n'explique. »

VOISIN exprime une opinion analogue : la puberté est une cause de psychose, mais non d'une psychose déterminée. « Mais le processus de développement pubère avec violent bouleversement de toute la vie psychique communique à ces psychoses une empreinte particulière, un caractère spécifique, une couleur locale : la modification dite hébéphrénique (1) qui est surtout manifeste chez les individus à hérédité chargée. » A la prédisposition héréditaire s'ajoute souvent la prédisposition acquise et l'auteur signale à ce propos les psychoses par épuisement de BINSWANGER. Puis abordant l'étude clinique, il refuse « d'englober, comme KAHLBAUM, dans une formule unique » toutes les psychoses de l'adolescence et divise celles-ci en trois catégories principales : les psychoses pures qui guérissent complètement, les états régressifs qui se terminent par un affaiblissement intellectuel plus ou moins complet, et les psychoses de dégénérescence.

(1) Le terme hébéphrénique employé ici par VOISIN, dans son acception étymologique n'implique pas forcément pour lui un processus dementiel inéluctable.

VOISIN décrit ainsi, parmi les psychoses pures : la mélancolie simple, la mélancolie avec excitation, la mélancolie avec stupeur qu'il assimile à la catatonie de KAHLBAUM, les états maniaques, la confusion mentale qui commence à prendre place dans la nosologie, et le délire hallucinatoire aigu. En raison de la non-maturité intellectuelle des malades et de leur hérédité, il s'agit le plus souvent de formes mixtes, d'états atypiques avec diminution de l'affectivité, signes de discordance, ambivalence, etc... « Et il n'est pas rare d'y rencontrer les traits de la folie hétérophrénique signalés par KAHLBAUM et HECKER, c'est-à-dire du poncif, du théâtral à côté de l'enfantin, une allure niaise à côté d'une allure théâtrale. Ces représentations délirantes donnent pour les cas de mélancolie comme pour les cas de manie, l'impression d'une simulation ou d'une forfanterie très grande. » Il existe, de plus, dans ces états, « des alternances fréquentes d'excitation et de dépression, ce qui est bien en rapport avec l'étiologie héréditaire de la maladie ». Toutes ces psychoses guérissent au bout d'un temps plus ou moins court.

Dans les états régressifs, VOISIN classe la démence précoce ou hétérophrénie qui se présente sous deux formes : une forme grave délirante et une forme légère (hétéroïde). Il insiste sur la difficulté du diagnostic de cette affection avec les psychoses pures, à cause de la similitude parfois très grande des symptômes de début. De plus, l'évolution de la démence précoce est presque toujours irrégulière, coupée de rémissions, d'accalmies trompeuses qui peuvent faire croire à la guérison. Déjà nous avons là l'essentiel du problème que pose le diagnostic entre la démence précoce et les états aigus.

Enfin, dans son chapitre sur les psychoses de dégénérescence, VOISIN reproduit purement et simplement les idées de MAGNAN. Il décrit les anomalies psychiques des dégénérés, les délires polymorphes dont le tableau clinique rappelle beaucoup certaines psychoses pures, la paranoïa chronique et la folie périodique. Ce sont, pour lui, les cas les plus fréquents.

Etudiant en manière de conclusion le pronostic de ces diverses psychoses, VOISIN estime que, la démence précoce mise à part, le nombre des guérisons est important « surtout si la psychose se développe au début de la puberté », mais que le pronostic d'avenir est plus réservé surtout chez les dégénérés, chez qui une récurrence ultérieure est presque la règle.

Au même Congrès, CULLERRE étudie « le pronostic éloigné des psychoses de la puberté ». Dans son rapport, il range les

délires polymorphes des dégénérés parmi les folies périodiques (classification issue des travaux de KRAEPELIN). A ne considérer que l'accès en lui-même, le pronostic de la folie de la puberté est pour lui favorable dans une proportion énorme, puisqu'il trouve 79 % de guérisons. « Mais, ajoute-t-il, le pronostic éloigné de la maladie mentale, dont ce premier accès n'est qu'une manifestation prématurée, est des plus sombres. L'individu qui guérit de cette sorte de psychose est voué pour l'avenir aux récidives, à la démence précoce, aux folies périodiques, aux retours agressifs de la folie des obsessions. Le sort le moins triste qui puisse lui échoir est de voir ces inévitables rechutes réduites à un petit nombre et largement espacées au cours de son existence avec de longues périodes intercalaires de santé psychique plus ou moins parfaite. »

Signalons encore les rapports de ZIEHEN et de MARRO. Pour ZIEHEN, la seule psychose qui appartienne en propre à la puberté, l'hébéphrénie de KAHLBAUM, ne fournit qu'un nombre relativement restreint de cas. Les psychoses que l'on rencontre le plus souvent à cette époque de la vie sont : la folie circulaire, la manie, la mélancolie, la paranoïa hallucinatoire aiguë (hallucinatorischer Wahnsinn de KRAFFT-EBING, Amentia de MEY-NERT). Ces psychoses sont habituellement curables, mais la puberté produit dans leur symptomatologie quelques modifications importantes : dissociation affective, dissociation entre les troubles affectifs et les réactions mimiques (paramimie hébéphrénique), incohérence délirante avec caractère illogique, trivial et fantasmatique des idées délirantes. Ces caractères sont parfois les signes avant-coureurs d'une évolution ultérieure vers la démence et ZIEHEN semble admettre la possibilité de la transformation d'une psychose, telle que manie, mélancolie, paranoïa aiguë, en démence précoce.

MARRO distingue trois classes de psychoses pubérales. Les psychoses de la première classe sont dues « à l'hyperesthésie du système nerveux central ». Y sont rangées, au milieu d'un groupe fort disparate, des psychoses qui rappellent les psychoses des dégénérés de MAGNAN. Le pronostic est bon mais les récidives fréquentes. La deuxième classe comprend l'hébéphrénie qui, en général, évolue vers la chronicité après plusieurs intermittences. La troisième classe enfin « embrasse les altérations mentales produites par une incomplète évolution pubère » (?)

Nous voyons donc que la plupart des auteurs de la fin du XIX^e siècle, ne différenciant que par quelques nuances cliniques,

les psychoses de l'adolescence des psychoses de l'adulte, sont d'accord pour admettre :

— La presque constance du facteur dégénérescence héréditaire.

— L'individualité certaine de l'hébéphrénie qui se confond avec la démence précoce.

— La fréquence à côté de l'hébéphrénie de psychoses curables : manie, mélancolie, confusion mentale, et surtout délires polymorphes des dégénérés.

— La difficulté du diagnostic de ces psychoses avec la démence précoce.

— Enfin la bénignité relative de leur pronostic, compte tenu des récidives toujours possibles.

Depuis le Congrès de 1900, il n'a plus été publié, à notre connaissance du moins (1), d'étude d'ensemble des psychoses de l'adolescence. Celles-ci ont été tacitement intégrées aux psychoses de l'adulte et ont subi les mêmes fluctuations nosologiques.

Il serait donc très artificiel d'isoler, du point de vue historique, les états délirants qui font l'objet de notre travail, du cadre des délires curables de l'adulte. C'est pourquoi nous allons étudier maintenant, dans ses grandes lignes, l'évolution des doctrines psychiatriques touchant cette importante question.

Nous verrons que, à cause de leur caractère paroxystique et souvent atypique, elles ont été considérées à différentes époques, comme des manifestations dégénératives. C'est la raison pour laquelle leur historique se confond dans une certaine mesure avec l'évolution des idées sur la dégénérescence.

(1) Cependant, en 1911, VINCHON fait paraître sa thèse intitulée : « Délires des enfants. Contribution à l'étude clinique et pronostique ». L'auteur, après avoir colligé un nombre important d'observations recueillies pendant vingt ans à la Colonie de Vaucluse, aboutit aux résultats statistiques suivants : 14 % de guérisons véritables, 27 % d'épisodes délirants qui ont laissé après eux un affaiblissement intellectuel plus ou moins net, cas qui seraient rangés maintenant dans le cadre de la démence précoce, 10 % de psychoses périodiques, 12 % de psychoses délirantes chroniques et 37 % de démences précoces. Le pronostic des états délirants de l'adolescence est donc très sombre. L'auteur signale en outre : la fréquence de la prédisposition héréditaire, le peu d'intérêt du mode de début pour apprécier le pronostic, l'influence favorable d'une cause provocatrice (émotion, infection), et l'influence défavorable des hallucinations dans l'évolution des troubles mentaux. Notons qu'il s'agit d'adolescents et non d'enfants comme le titre pourrait le faire croire.

Pour plus de clarté, nous distinguerons schématiquement, dans cette évolution (1), trois grandes phases : la première phase occupe la fin du XIX^e siècle; elle est caractérisée en France, d'une part, par les travaux de MAGNAN qui isole les délires polymorphes des dégénérés, d'autre part, par les tentatives d'individualisation, parmi ces délires, de diverses formes cliniques. En Allemagne, cette période voit naître la paranoïa aiguë.

Dans la deuxième phase qui coïncide avec le début du XX^e siècle, le déclin de la notion de dégénérescence, l'apparition des conceptions de KRAEPELIN, puis de BLEULER, leur transposition dans les classifications françaises, ont pour conséquence de faire disparaître presque complètement les délires curables de la nosologie.

Enfin, dans la troisième phase, les doctrines psychiatriques modernes réagissent contre cette exclusive, donnent un renouveau d'actualité aux états dégénératifs, et, tant en France qu'à l'étranger, font réapparaître sous divers aspects les psychoses délirantes aiguës.

(1) Nous nous sommes inspirés, pour cette courte étude historique, de l'article d'HALBERSTADT (La psychose délirante dégénérative aiguë. A. M. P. 1922, T. II) de la thèse de Mlle PETIT (Les délires de persécution curables, Paris, 1937) et des conférences non publiées de H. Ey.

LES DELIRES POLYMORPHES DES DEGENERES

Bien que les conceptions de MAGNAN soient bien connues et aient été reproduites et analysées dans de nombreux travaux, nous les exposerons à nouveau et ceci pour deux raisons : d'une part MAGNAN a été le premier à isoler les délires curables, et son influence a été et reste grande sur tous les auteurs qui se sont occupés ultérieurement de cette question. D'autre part, les descriptions de MAGNAN nous paraissent avoir conservé une grande part de vérité et mettent surtout en évidence des particularités symptomatologiques qui indiquent pour lui un pronostic favorable, alors qu'elles constituent pour nombre d'auteurs modernes des symptômes faisant prévoir une évolution essentiellement chronique.

L'école de MAGNAN distingue deux grands groupes de malades mentaux : les prédisposés simples et les dégénérés (1). Les prédisposés simples sont ceux qui possèdent une intégrité mentale complète avant l'éclosion de la psychose. Celle-ci peut être : une manie ou une mélancolie, un délire chronique à évolution systématique, une folie intermittente. Les dégénérés, au contraire, possèdent, en l'absence de manifestations délirantes, un ensemble de caractères qui constituent le terrain dégénératif. Il s'agit soit d'arriérés (idiots, imbéciles ou débiles), soit de dégénérés supérieurs, qui ont tous une hérédité psychopathique lour-

(1) MAGNAN et LEGRAIN. Les Dégénérés, 1895.

Les passages que nous citons au cours des pages suivantes, sont extraits en outre de :

- MAGNAN : Leçons cliniques et Progrès Médical, 1895.
- LEGRAIN : Du délire chez les dégénérés. Thèse Paris, 1886.
- SAURY : Etude clinique sur la folie héréditaire, 1886.

dement chargée. Ce qui frappe dans leur état mental, c'est la déséquilibration, la désharmonie fonctionnelle, « un défaut d'équilibre des facultés morales et intellectuelles »... « certains, intelligents, instruits, hommes souvent remarquables par le talent et le savoir, manquent complètement de sens moral. D'autres sont d'une moralité parfaite, mais leur intelligence est profondément atteinte... Chez d'autres enfin, on ne décèle de prime abord, aucune tare appréciable, mais qu'advienne une émotion, une maladie, un événement physiologique même et tout de suite l'ordre est troublé; le dégénéré apparaît avec son cortège de déficiences psycho-morales ». (MAGNAN et LEGRAIN). Conséquences du déséquilibre, l'atrophie de telle ou telle faculté, l'hypertrophie de tel ou tel penchant, une moralité, une volonté déficientes, la vénalité, la mobilité, l'impulsivité, telles sont les caractéristiques essentielles de l'état mental des dégénérés.

Il faut y ajouter la remarquable « tendance au délire » de tels sujets. « Le délire est chez eux constamment en puissance... Ils n'attendent qu'un prétexte pour délirer », dit MAGNAN. Ces délires, qui surviennent souvent sans cause apparente, présentent un aspect très spécial. Ils sont tous « marqués du sceau de l'intermittence » et semblent ne jamais pouvoir se développer complètement et systématiquement. Parmi eux, MAGNAN et ses élèves distinguent :

— Les bouffées délirantes ou délires d'emblée, rapidement curables.

— Les délires polymorphes à systématisation limitée plus durables.

LES DELIRES D'EMBLEE ont une symptomatologie bien typique. Il suffira de nous reporter aux descriptions bien connues de MAGNAN et LEGRAIN.

— *Le début* : « La clinique enseigne qu'un nombre considérable de délires ont comme caractère essentiel d'apparaître avec une étonnante brusquerie sans préparation aucune. En quelques jours, en quelques heures, parfois d'un instant à l'autre, des idées délirantes se font jour, sans qu'il soit possible quelquefois de les rattacher à quoi que ce soit. Au milieu du calme le plus complet, se produit d'emblée une bouffée d'idées délirantes. » (LEGRAIN, p. 131.) « Il n'y a pas de préface au délire... Il jaillit violemment avec l'instantanéité d'une inspiration. » (MAGNAN.) « Ce caractère de brusque apparition a une importance énorme pour le diagnostic, de même que pour le pronostic... elle per-

met au clinicien de porter un pronostic bénin. » (LEGRAIN, p. 137.)

— *L'aspect clinique* : « Les délires multiples semblent échapper à toute description didactique. Ils ne paraissent soumis à aucune règle. Les conceptions délirantes les plus disparates se trouvent réunies chez le même sujet. Les idées de grandeur coudoient les idées de persécution; des idées hypochondriaques ou mystiques, des états maniaques ou mélancoliques, des idées étranges, non classées, tout un ensemble confus de formes différentes s'enchevêtrant, se mêlent, formant une trame polymorphe où il est impossible de distinguer une forme dominante qui puisse donner son nom à cet état. Tantôt ces diverses formes apparaissent de front, tantôt elles se succèdent, se remplacent, disparaissent tour à tour pour se reproduire encore. Tel malade ambitieux aujourd'hui sera demain persécuté ou mélancolique; quelques jours encore et l'ambitieux reparaitra doublé d'un hypochondriaque ou d'un mystique, etc... Variations fréquentes dans les formes du délire, coïncidence possible dans le même temps de plusieurs idées délirantes, tels sont donc les caractères des délires dégénératifs multiples; ils sont protéiformes polymorphes. La systématisation est étouffée par la multiplicité même des conceptions malades... Leurs principaux caractères sont : succession, simultanéité : succession de formes différentes indépendantes; simultanéité de plusieurs idées délirantes chez un même sujet. »

Après cette description, MAGNAN insiste encore sur deux points importants : fréquence et abondance des troubles psychosensoriels de toute sorte; fréquence des désordres de l'humeur qui accompagnent l'incohérence délirante.

— *L'évolution* : « Ils sont essentiellement passagers, ils ne tiennent pas la scène pathologique pendant bien longtemps, ils n'ont aucune consistance. Survenus subitement, ils disparaissent très souvent de même, en quelques heures ou en quelques jours. L'internement produit ordinairement une réaction bienfaisante. » Mais « il est bien évident que l'accès terminé, le terrain reste ce qu'il était avant, autrement dit, l'aptitude à délirer une deuxième, une troisième fois sera toujours la même » (LEGRAIN). « ...La marche de ces délires est tout entière contenue dans les deux ordres de faits : absence de succession évolutive déterminée des phénomènes, curabilité possible... Dans la dégénérescence, aucune règle n'est observée : il y a aussi peu d'ordre que de

retenue... tout est irrégularité et confusion. C'est un délire sans conséquence sinon sans lendemain. » (MAGNAN.)

— Suivant l'évolution, LEGRAIN distingue diverses formes cliniques :

1° Accès simple, unique, brusque, arrivant comme un coup de vent et disparaissant de même.

2° Bouffées délirantes successives, à formes variées avec ou sans rémittence : « Un malade entre à l'asile avec une idée délirante; quelques jours après, une autre apparaît, effaçant la première, à laquelle elle n'est nullement liée; un peu plus tard, une troisième idée délirante, puis une quatrième succède, etc... Les variations que subissent les idées délirantes à très bref délai sont encore un des grands caractères du délire chez les dégénérés. » (LEGRAIN, p. 146.)

3° Bouffées délirantes survenant à différentes époques de la vie, séparées par des intervalles de calme complet : « Le malade délirera plusieurs fois dans sa vie et chaque fois son délire fera la même irruption subite au milieu du calme habituel. Il n'y aura qu'une différence à noter : c'est que la couleur du délire variera dans chaque accès. » (LEGRAIN, p. 153.)

4° Délires d'emblée survenant dans le cours d'un délire à évolution chronique.

Enfin LEGRAIN décrit encore dans sa thèse *certaines délires intellectuels des dégénérés*, à systématisation limitée, plus ou moins protéiformes, fondés essentiellement sur des interprétations absurdes, illogiques de faits réels. Ils sont plus persistants mais encore curables. En effet : « Quel qu'il soit et qu'elle qu'en soit sa durée, le délire du dégénéré peut toujours guérir (1). »

LES CONCEPTIONS FRANÇAISES DE LA FIN DU XIX^e SIÈCLE.

A cette époque, un certain nombre d'auteurs ont réagi contre l'extension exagérée que prenait la dégénérescence et, dissociant le groupe des délires des dégénérés, y distinguent trois formes de cas curables; suivant la prédominance dans le tableau cli-

— LEGRAIN admet cependant, ce que niait MAGNAN, qu'un certain nombre de délires polymorphes, ayant débuté brusquement passent à la chronicité. Ils constituent alors ce que KRAEPELIN appellera plus tard les délires paranoïdes.

nique de la confusion des idées, des troubles psycho-sensoriels ou des conceptions délirantes (1) :

— *La confusion mentale* est décrite en 1895 par CHASLIN qui, avec SEGLAS, lui donne bientôt une extension démesurée et fait entrer dans cette entité clinique la plupart des délires d'emblée.

— *La psychose hallucinatoire aiguë* (2) n'est qu'une forme clinique des bouffées délirantes; mais les troubles psycho-sensoriels occupent la première place dans le tableau clinique : la confusion, les idées délirantes existent mais ne sont que des troubles secondaires et contingents.

— *La paranoïa aiguë*, issue des travaux allemands, est isolée, en 1895, par SEGLAS. Elle évolue sur un terrain spécial caractérisé par une lourde hérédité psychopathique, et par une constitution particulière marquée dès l'enfance « d'autophilie, d'exagération du moi, de tendances interprétatives ». Sur ce terrain se développent des idées délirantes mobiles et polymorphes, mais toujours enchaînées par une systématisation évidente; elles ne sont que l'exagération d'anomalies psychiques antérieures. SEGLAS distingue trois formes cliniques de paranoïa aiguë : une forme simple avec organisation délirante isolée; une forme hallucinatoire, où les troubles psycho-sensoriels « n'apparaissent qu'après le délire et rappellent les mêmes traits du caractère que le délire ». Enfin, une forme confusionnelle où la confusion est légère et secondaire et qui ne doit pas être confondue avec la confusion primitive hallucinatoire et délirante (1).

Signalons enfin, à peu près à la même époque, l'article d'ARNAUD (traité de Gilbert BALLE, p. 495) qui décrit, sous le nom de *délire systématisé aigu* des états délirants caractérisés par un développement brusque, par des idées délirantes faiblement systématisées, par une réaction émotionnelle (excitation ou dépression) consécutive à ces troubles intellectuels, enfin par un

(1) HALBERSTADT, insistant sur ce que cette classification a d'arbitraire et d'artificiel, écrit : « En lisant les observations publiées à cette époque, on s'aperçoit, chose curieuse, qu'elles pourraient souvent être indifféremment rangées dans l'une quelconque de ces catégories ».

(2) F. FARNARIER : *La Psychose hallucinatoire aiguë*. Thèse Paris. 1899.

(1) Cf. SEGLAS : *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, 1895 (14^e leçon).

état de confusion mentale plus ou moins profonde et surtout fréquente au début de la maladie. L'auteur admet la possibilité de guérison tout en faisant des réserves sur sa fréquence.

LES CONCEPTIONS ALLEMANDES DE LA FIN DU XIX^e SIECLE.

En Allemagne, au même moment, on essaye également d'isoler certaines formes de psychoses aiguës. Mais il existe de grandes divergences d'opinions qui se traduisent par une grande diversité d'appellations. Ces opinions peuvent schématiquement se réduire à quatre (2) :

1^o WESTPHAL (1) le premier, décrit, à côté des formes chroniques de *Verrücktheit*, une forme aiguë (*acute primäre Verrücktheit*) caractérisée par un début et un développement rapide du délire, par des hallucinations multiples et de la confusion dans les idées, et comprenant tous les cas aigus. MERCKLIN, SCHAEFER, SCHULE adoptent les idées de WESTPHAL, mais ces deux derniers auteurs se servent du mot de *Wahnsinn* : la *Verrücktheit* n'est pour SCHULE que la forme originelle, un groupe de *Wahnsinn* typique.

2^o En revanche, KRAFFT-EBING (2) n'admet pas l'existence d'une forme aiguë de *Verrücktheit* et décrit des faits semblables sous le nom de *hallucinatorischer Wahnsinn*. Ce seraient des formes voisines de la démence primitive aiguë, que les auteurs précédents décrivent au contraire tout à fait à part. Un certain nombre d'auteurs partagent cette manière de voir mais utilisent une terminologie différente : MAYSER (1886), constatant qu'une confusion existe entre les termes *Wahnsinn* et *Verrücktheit*, propose celui de *acute astenische Delirium*. FRITSCH (1881) décrit la *Verwirtheit* qui correspond à la confusion mentale primitive de CHASLIN et MEYNERT l'*Amentia* (1890) qui réunit tous ces aspects cliniques (3).

3^o A côté de ces deux opinions rattachant les cas curables, soit à la paranoïa, soit à la confusion, KIRCHOFF (1892) distingue

(2) Cf. SEGAS : Loc. Cit.

(1) WESTPHAL, Allg. 2 f. Psych. 1878.

(2) KRAFFT-EBING : Traité de Psychiatrie, trad. E. LAURENT, 1897.

(3) En Angleterre, même conception ; ces délires aigus prennent le nom de : primary confusionnal Insanity ou acute hallucinatory confusion.

parmi ces cas aigus deux groupes qui se rattachent tous deux à la paranoïa chronique et progressive (*Verrücktheit*) : L'un, *Wahnsinn*, est une forme aiguë mais cohérente de la paranoïa; l'autre, *Verwirtheit*, est une forme incohérente dans laquelle la confusion apparaît comme un symptôme primitif ou secondaire. De même ZIEHEN admet une paranoïa hallucinatoire aiguë avec confusion secondaire et une paranoïa dissociative avec confusion primitive.

4° Enfin SERBSKY, KORSAKOFF, MENDEL adoptent une opinion encore plus éclectique. Ces faits sont séparés en deux groupes se rattachant soit à la paranoïa en tant que forme aiguë, soit à la confusion mentale en tant que variété hallucinatoire. (Manie hallucinatoire de MENDEL.)

II^e PÉRIODE :

LES GRANDES SYNTHÈSES NOSOGRAPHIQUES

Au milieu de ce désordre d'opinions et d'appellations, KRAEPELIN apporte la simplicité et la clarté de ses conceptions qui eurent un immense retentissement en Allemagne et en France. Mais l'excès même de cette clarté entraîna, dans les deux pays, la disparition presque totale des délires curables, isolés à la fin du siècle dernier.

En effet, on sait que KRAEPELIN réduisit les maladies mentales à deux grands groupes : la psychose maniaque dépressive et les psychoses chroniques, qui comprennent d'une part : la paranoïa, délire systématisé non démentiel, et la démence précoce. Cette dernière entité réunit : l'hébéphrénie et la catatonie de KAHLBAUM et les démences paranoïdes; plus tard, KRAEPELIN fera encore entrer dans le cadre de la démence précoce les paraphrénies, isolées des démences paranoïdes. Contrairement à ses prédécesseurs qui admettaient qu'une même psychose peut être curable ou chronique, et négligeaient souvent de s'occuper de l'évolution, KRAEPELIN a prouvé qu'au début même d'une maladie destinée à devenir chronique, il y avait des signes qui permettaient de prévoir cette chronicité : « Il doit être possible, écrit-il, de tirer des états terminaux, des conclusions sur l'état antérieur et de prévoir dès le début les possibilités d'évolution. »

Lui et ses élèves pensèrent que la plupart des délires des dégénérés relevaient de la démence précoce et que l'observation longtemps poursuivie de tel confus, de tel paranoïaque aigu, de tel malade atteint de délire d'emblée, aurait montré qu'il s'agissait de simples déments précoces. Repoussant la paranoïa aiguë du cadre de la paranoïa, affection chronique par définition, n'admettant la confusion mentale, à titre exceptionnel, qu'avec une

étiologie toxi-infectieuse certaine, KRAEPELIN range la plupart des états délirants curables dans la psychose maniaque dépressive à cause de la fréquence des troubles de l'humeur et des récidives. Ainsi cette affection prenait une extension démesurée, englobant les formes les plus disparates et finissant par devenir l'unique maladie curable de toute la psychiatrie.

Un peu plus tard, BLEULER reprend à son compte les idées de KRAEPELIN sur la psychose maniaque dépressive et la démence précoce. Mais il élargit considérablement le cadre de cette dernière et range dans la schizophrénie, non seulement les délires d'emblée, mais encore la plupart des cas de paranoïa. Tous les délires soi-disant curables qui n'entrent pas dans le cadre de la psychose maniaque-dépressive font partie de la démence précoce : leur guérison n'est en effet qu'une rémission plus ou moins complète, plus ou moins durable, qui précède toujours une évolution dementielle plus ou moins lointaine. Si cette affirmation est exacte dans de nombreux cas (1), il existe cependant quelques délires véritablement curables qui étaient complètement exclus de la nosologie psychiatrique. Et c'est ce qui explique les réactions que nous étudierons brièvement plus loin, contre les doctrines kraepelinienes (2).

— En France, au début du siècle, se produit une évolution semblable. Les idées de KRAEPELIN et plus tard celles de BLEULER sont adoptées peu à peu par la presque totalité des psychiatres. Mais l'Ecole française, critiquant le dogme de la dégénérescence, et réduisant à l'extrême le cadre des délires aigus, étudie surtout les délires chroniques :

Gilbert BALLEZ, en 1911, décrit la *psychose hallucinatoire chronique*, qui groupe tous les délires chroniques hallucinatoires et les sépare du délire de persécution non hallucinatoire et des formes délirantes de la démence précoce. SERIEUX et CAPGRAS, admettant l'individualité de cette entité clinique, décrivent leurs *délires systématisés chroniques* (1) qui sont devenus classiques et parmi lesquels ils distinguent :

(1) Rappelons à ce sujet que LEGRAND admet la possibilité d'évolution vers la chronicité de quelques délires polymorphes.

(2) Toute cette partie de notre exposé historique est remarquablement traité dans la thèse de Mlle PETIT (loc. cit.).

(1) SERIEUX et CAPGRAS : Les folies raisonnantes, Paris, 1909.

— Les délires systématisés chroniques, in traité de SERGENT, 1926.

1° Les délires systématisés non hallucinatoires constitutionnels :

- délire d'interprétation
- délire de revendication,
- délire d'imagination (issu des travaux de DUPRÉ).

2° Et les délires systématisés hallucinatoires.

D'autres auteurs étudient les manifestations délirantes de la démence précoce et créent *l'hébéphrénie délirante* (ROQUES DE FURSAC. DIDE et GUIRAUD) à évolution démentielle, qui est reliée aux délires systématisés à évolution non démentielle par de nombreuses formes de transition. Enfin CLAUDE et ses élèves divisent les délires chroniques (classification généralement admise à l'heure actuelle) en :

— *Psychoses paranoïaques* qui comprennent tous les délires systématisés, hallucinatoires ou non.

— *Psychoses paranoïdes* qui comprennent la démence paranoïde et les psychoses paranoïdes (1) à structure schizophrénique.

Tous ces délires ont une évolution essentiellement chronique et progressive. Quelques auteurs français admettent cependant l'existence de certains états délirants qui sont susceptibles, sinon de guérir, du moins de s'améliorer. Ainsi le *délire de revendication* de SÉRIEUX et CAPGRAS peut s'atténuer lorsque cède « l'exaltation hypomaniaque » qui forme l'un des éléments importants du syndrome. De même les *délires passionnels* que DE CLERAMBAULT distingue de la paranoïa et qui comprend le délire de revendication, l'érotomanie et le délire de jalousie se développent tous trois par un processus réactionnel et peuvent parfois se présenter avec une évolution de courte durée.

La presque totalité des états délirants est donc englobée dans ces diverses formes chroniques. Les délires des dégénérés ont totalement disparu (2). On n'admet plus comme curables que les

(1) A propos de l'évolution des idées sur les délires chroniques, cf. la thèse de Ch. NODET : le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques (Paris, 1937).

(2) REGIS étudie cependant les psychoses des dégénérés dans un important chapitre de son traité. Mais il semble ignorer totalement les bouffées délirantes curables. Par contre, GENIL-PERRIN dans sa thèse (histoire des origines et de l'évolution de l'idée de dégénérescence en médecine mentale, Paris, 1913) considère comme périmés la notion de dégénérescence et tous les troubles cliniques qui en découlent.

délires toxiques et toxi-infectieux (type confusion délirante), et les accès délirants de la psychose maniaque-dépressive. Mais comme on a constaté de plus en plus la guérison durable de troubles mentaux à qui on avait attribué auparavant des caractères certains de chronicité, il était inévitable qu'une réaction se produisît et c'est cette réaction en faveur des délires curables que nous allons étudier maintenant et qui constitue la phase moderne de la question.

III^e PÉRIODE :

LA REHABILITATION DES DELIRES CURABLES

On assiste à une évolution analogue des idées en France et en Allemagne, mais ce mouvement est dispersé et s'échelonne jusqu'à nos jours depuis les premières années du xx^e siècle.

En Allemagne :

Les auteurs allemands, constatant certains faits cliniques troublants qui ne rentraient pas dans les cadres kraepeliniens, n'admirent plus la rigueur de l'alternative démence précoce, folie maniaque dépressive. « La conception de la démence précoce, dit BONHOEFFER, a reçu une extension telle qu'il s'en est suivi une simplification du diagnostic nullement légitimée par la réalité. Il faut surtout signaler dans ce sens la tendance à ranger dans le cadre de la démence précoce tout accès de folie de courte durée qui ne relève ni de la folie maniaque-dépressive, ni de l'hystérie, ni de l'épilepsie. On dit alors que cet accès n'est qu'une phase de l'évolution démentielle, et la guérison n'est considérée que comme une rémission. » Les auteurs allemands reprirent donc à leur compte, en les modernisant, deux entités qui avaient subi une éclipse de quelques années : d'une part, les délires dégénératifs de l'école de MAGNAN; d'autre part, la paranoïa aiguë.

1^o *Les délires dégénératifs de l'école allemande* : La doctrine de MAGNAN resta longtemps ignorée en Allemagne. Ce fut surtout l'étude des psychoses pénitenciaires qui attira l'attention sur les dégénérés. Ceux-ci étant très nombreux parmi les détenus, c'est dans ce milieu que se recrutent un grand nombre de délires dégénératifs aigus. Les premiers auteurs ayant écrit sur la question furent : SIEFERT, BONHOEFFER, BIRNBAUM (1907 et 1908). Les travaux sur les délires dégénératifs se multiplient rapidement;

citons ceux de LUTHER (1909), de KUTNER (1909), de BORNSTEIN (1911) et plus tard de SCHROEDER (1920).

BIRNBAUM (1) adopte les idées de MACNAN et affirme la parenté des dégénérés avec les hystériques : le délire est essentiellement polymorphe, les idées morbides sont souvent juxtaposées sans lien entre elles, mobiles, variables et facilement influençables. On a l'impression d'un délire d'imagination qui n'est produit ni par des troubles sensoriels ni par des interprétations. Le début est souvent brusque, s'accompagnant d'excitation et de quelques phénomènes confusionnels. L'évolution se fait irrégulièrement vers la guérison, soit rapidement, soit au bout de une ou plusieurs années.

BONHOEFFER (2) admet la légitimité de la classe des délires dégénératifs aigus et divise ceux-ci en trois groupes : le premier comprend les accès délirants et hallucinatoires des débiles instables, sans lien avec la personnalité antérieure du sujet; au second groupe appartiennent les sujets à tempérament paranoïaque qui, sous l'influence d'une idée prévalente, ont un délire plus ou moins systématisé, mais curable. Enfin, le troisième groupe est celui des déséquilibrés qui présentent un délire d'imagination avec interprétations rétrospectives et aspect mythomane et hystériforme.

Plusieurs auteurs allemands, tels que SCHROEDER (1920), ont même élargi à l'excès le cadre de la dégénérescence. Cet auteur admet la possibilité d'apparition d'accès dégénératifs en dehors de toute cause psychique appréciable. Sur d'autres points, il interprète mal MACNAN et dénature sa doctrine : il décrit le délire d'emblée avec un début progressif et une terminaison brusque et fait rentrer les psychoses intermittentes dans sa folie dégénérative (*Dégénérations Irresein*) qu'il oppose à la démence précoce.

KRAEPELIN lui-même, dans sa 8^e édition de son traité parue en 1915, fait quelques concessions à la dégénérescence. Il décrit en effet parmi les psychoses pénitenciaires une forme clinique spéciale qui relèverait surtout de la dégénérescence mentale : elle est déclenchée par un facteur émotionnel. Elle est caractérisée par des phénomènes hystériformes (*délire réactionnel hystérique*) et par le polymorphisme et la variabilité du tableau clinique. Le délire est du type imaginaire, sans lien avec la per-

(1) BIRNBAUM : Psychosen mit Wahnbildung (1908).

(2) BONHOEFFER : Lehre von den Degenerations Psychosen, 1907.

sonnalité du sujet; enfin, il est fréquent de constater des troubles de l'humeur et des périodes confusionnelles plus ou moins accusées. Ces psychoses guérissent habituellement. KRAEPELIN diminue d'ailleurs l'importance du facteur dégénératif en attribuant une très grande place aux causes psychiques dans la détermination de ces états délirants.

Mais c'est surtout les conceptions de KLEIST (1) qui semblent avoir retenu l'attention des psychiatres allemands. KLEIST décrit en marge des grands processus des psychoses aiguës atypiques d'origine dégénérative. Ce sont les *psychoses dégénératives atypiques* ou *marginales*, dans lesquelles des troubles moteurs s'associent aux troubles de la conscience « pour constituer des tableaux cliniques brefs, violents, intermittents ». Ainsi, en marge de la maniaque-dépressive, les *psychoses cycloïdes* groupent des états confusionnels, des psychoses de la motilité (*Motilität psychosen* de WERNICKE) et les « formes confabulo-aiguës expansives ». En marge de la paranoïa évoluent certaines formes hallucinatoires, certains délires de relation avec sentiment d'étrangeté et les formes délirantes aiguës expansives. Enfin, et surtout, en marge de l'épilepsie, KLEIST isole les formes épileptoïdes et parmi elles les *états crépusculaires épisodiques* (*Episodische Dämmer Zustände*). Il les oppose aux bouffées délirantes de MAGNAN par deux caractères : la présence de troubles de la conscience, absents des descriptions de MAGNAN, et l'apparition spontanée de ces délires (alors que les délires d'emblée de MAGNAN ont, pour KLEIST, une pathogénie réactionnelle). Leur durée est généralement courte, les récides fréquentes. On retrouve souvent des tares héréditaires dans les antécédents de ces malades.

Dans le cadre de ces états crépusculaires épisodiques, MAYER-GROSS (2) décrit les *états oniroïdes* : il s'agit de formes dégradées de l'onirisme, qui se séparent de la confusion mentale proprement dite. « Les constructions du rêve s'infiltrèrent dans la pensée vigile » et créent des tableaux cliniques de caractère inachevé, où se développent cependant des scènes dramatiques, chargées d'une

(1) KLEIST : Autocton. Degenerations Psychosen Zeitschrift für Neurologie, 1921.

— Episodische Dämmer Zustände. Leipzig, 1926.

— Über Zyklöide paranoïde und epileptoï Psychosen der Degenerations Psychosen (Arch. Suisses de Neurologie et de Psychiatrie 1928, T. XXIII, p. 3).

(2) MAYER-GROSS : Die Oniroïde Erlebnisform, Berlin, 1924, cf. également, Mlle PET loc. cit., p. 18 et 40.

forte valeur affective et intensément vécues (ERLEBNIS : expérience vécue). Ces états oniroïdes sont souvent difficiles à distinguer des états schizophréniques. Mais ils sont curables.

2° *Les réactions en faveur de la paranoïa aiguë.* THOMSEN (1), en 1909, essaye de réinstaller la paranoïa aiguë au rang d'entité clinique et admet que la paranoïa peut être indifféremment aiguë ou chronique. Elle est caractérisée par l'existence d'un délire systématisé avec ou sans hallucinations, pouvant s'accompagner de confusion plus ou moins profonde, d'agitation violente ou de dépression allant jusqu'à la stupeur. Mais KLEIST (1911) reproche à THOMSEN d'englober dans sa paranoïa aiguë des cas où les troubles affectifs étaient prédominants.

En 1914, WILLIGE consacre un travail aux « maladies paranoïaques aiguës » et estime qu'elles évoluent presque toujours sur un terrain taré. En 1917, KRUEGER (2) repousse l'expression de paranoïa aiguë, mais admet l'existence de formes évoluant vers la guérison, caractérisées par un délire plus ou moins systématisé avec hallucinations et phénomènes confusionnels; KRUEGER (2) les décrit comme des états symptomatiques d'affections diverses. Il distingue cependant quelques accès délirants autonomes qu'il range dans le cadre « des psychoses délirantes dégénératives ».

Quelques années auparavant, quelques auteurs étudient, à la lumière des conceptions psychogénétiques de BLEULER, les mécanismes réactionnels capables de donner naissance à des formes curables de paranoïa.

FRIEDMANN (3) décrit la *paranoïa atténuée* qui apparaît comme une réaction à un événement vécu et qui est caractérisée par le peu d'extension des délires et la possibilité de guérison en deux ou trois ans. GAUPP (4) donne le nom de *paranoïa abortive* à des délires systématisés curables qui évoluent sur un terrain psychasthénique et sous une forme dépressive (5).

(1) THOMSEN : Die Acute paranoïa. Arch. f. Psychiatrie, 1909. cf. TRENEL : Notes sur la question de la paranoïa aiguë, A. M. P. 1910, p. 446.

(2) KRUEGER : Die Paranoïa, Berlin, 1917.

(3) FRIEDMANN : Beiträge Zlehre von der paranoïa. Monatschrufft f. Psychiatrie, 1905.

(4) GAUPP : Ueber paranoische Veranlagung und abortive Paranoïa Aelg. Zeitschrufft f. Psychiatrie, 1910.

(5) cf. LACAN : de la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité, Th. Paris, 1932.

KRAEPELIN, dans sa 8^e édition, « n'oppose aucune objection fondamentale à la production d'une paranoïa bénigne psychogène avec issue vers la guérison » (1). Mais ces cas n'entrent pas, pour lui, dans le cadre de la paranoïa aiguë, à qui il refuse toujours toute individualité. LANGE, en 1924, conclut « à l'extrême rareté de la paranoïa chronique type KRAEPELIN, et à la légitimité de l'assimilation des cas dits curables au groupe kraepelinien » (2).

Mais c'est surtout KRETSCHMER qui étudie les psychoses réactionnelles en isolant dans le cadre des psychoses paranoïaques, le *Sensitive Beziehungswahn* (3). « Toutes les manifestations cliniques du délire, ses causes, ses symptômes, son évolution sont suspendus à des déterminations purement psychogéniques. » Nous ne nous attarderons pas sur la description de ce « délire de relation des sensitifs » (4). Pour si intéressants qu'ils soient à étudier, tous ces délires réactionnels à évolution plus ou moins prolongée isolés du cadre de la paranoïa chronique, n'ont, en effet, qu'un rapport assez lointain avec nos cas qui se rapprochent beaucoup plus, comme nous le verrons plus loin, des psychoses dégénératives.

En France :

On assiste à la même évolution en faveur des délires curables. A vrai dire, ceux-ci n'avaient jamais été abandonnés complètement par les aliénistes français : en effet, en 1910, TRENEL (5) rendant compte du travail à THOMSEN sur la paranoïa aiguë revient à la terminologie des délires polymorphes, séparant ceux-ci point pour point des délires systématisés chroniques.

En 1912, CHASLIN, dans son traité de *Séméiologie et clinique mentale*, accorde une place aux délires polymorphes, délires à systématisation très faible, qui vont jusqu'à l'incohérence, favorisée par l'excitation habituelle. « Mais, note CHASLIN, il y a, chose importante, concordance suffisante entre les idées délirantes, les émotions et les actes. »

De 1910 à 1920, quelques observations de psychoses déli-

(1) Cité par LACAN : p. 73.

(2) cf. LACAN, p. 75.

(3) KRETSCHMER : *Der Sensitive Beziehungswahn*, Berlin, 1927.

(4) c. LACAN, p. 77 et suivantes et Mlle PETIT, p. 24.

(5) TRENEL, loc. cit.

rantes aiguës sont publiées à la Société clinique de médecine mentale et entraînent des discussions sur les rapports de ces délires avec la psychose maniaque-dépressive et la démence précoce (1).

Quelques cas de psychoses hallucinatoires aiguës sont signalés en 1913 par Gilbert BALLET et MALLET (2) qui en font des formes curables de paranoïa et, en 1926, par VERMEYLEN, pour qui ces formes de psychoses délirantes se superposent en partie à la psychose systématisée aiguë, en partie à la bouffée délirante des dégénérés.

En 1914, DUPRÉ et LOGRE décrivent la *psychose imaginative aiguë essentielle*, qui n'est qu'une variété de bouffées délirantes type MAGNAN. Le délire dérive « non pas d'un processus paralogique comme c'est le cas chez les interprétants, mais d'un processus intuitif et d'une tendance personnelle au mensonge, à la fabulation, à la simulation ».

Mais surtout après la guerre 1914-1918, quelques auteurs reviennent, et de façon tout à fait orthodoxe, aux idées de MAGNAN. Ainsi, en 1922, HALBERSTADT (3), dans un article fort intéressant dont nous nous sommes inspirés pour cette étude historique, décrit la *psychose délirante dégénérative aiguë* : c'est une affection autonome qui apparaît chez des prédisposés et reconnaît une pathogénie psychogène. Elle se manifeste par un délire plus ou moins cohérent, variable, superficiel, apparu rapidement, se développant irrégulièrement, s'accompagnant souvent d'un élément imaginatif. A ce délire se surajoutent des interprétations, des hallucination, des symptômes confusionnels et presque constamment

(1) HAMEL et COUCHOUD : Dégénérescence mentale et psychose maniaque-dépressive, S. C. M. M., 19 déc. 1910.

LEROY et TRENEL : Troubles mentaux récidivant chez deux sœurs, S. C. M. M., 15 mai 1911.

CAPGRAS : Délire polymorphe et folie intermittente S. C. M. M., 20 juillet 1914.

BRIAND et BOREL : Délire hypochondriaque chez un garçon de 16 ans. S. C. M. M., 17 mai 1920.

BRIAND et BOREL : Bouffée délirante chez un dégénéré de 13 ans. S. C. M. M., 16 février 1920.

BENON : Délire polymorphe, S. C. M. M., 20 février 1922.

(2) Gilbert BALLET et MALLET : Psychose hallucinatoire aiguë. Encéphale, 1913, II, p. 547.

(3) HALBERSTADT : loc. cit.

de l'excitation ou de l'anxiété. L'évolution vers la guérison est la règle. Cette description est donc en tout point conforme à celle de MAGNAN. En 1926, TARGOWLA (1), rejetant « la synthèse des délires d'emblée... qui ne peuvent plus être considérés comme un groupement clinique légitime », admet des délires polymorphes curables : « Les faits que nous visons, écrit-il, ne sont exclusivement ni des états délirants, ni des syndromes maniaques-dépressifs; ils participent des deux grands processus morbides et méritent d'être étudiés isolément. » Il leur reconnaît trois caractères principaux : « 1° un délire polymorphe débutant d'emblée et lié au fond mental; 2° l'intrication et la succession sans ordre des symptômes maniaques, mélancoliques et confuso-oniriques plus ou moins frustes; 3° un état physique précaire et des troubles des fonctions organiques traduisant vraisemblablement d'une auto-intoxication ».

En 1923, DUBLINEAU (2) publie une revue générale sur la question et BENON (3), en 1936, revient également sur les délires polymorphes. Mais il est à remarquer que la conception des délires d'emblée a peu évolué depuis MAGNAN. Les différents auteurs qui s'en sont occupés cherchent surtout, en les remettant à l'honneur, à les départager de la psychose maniaque-dépressive et de la démence précoce. Signalons à ce propos quelques études de cas curables simulant la démence précoce, en particulier celle de Carlos Rossi en 1928 (4), celle de P. ABELLY sur les psychoses post-émotionnelles (5) et celle d'AUSTREGESILO (6) sur les cataphrénies, cadre dans lequel il groupe tous les états curables.

Mais à côté de cette réaction en faveur des délires polymorphes, on assiste, en France, à l'isolement d'autres états délirants curables sur lesquels nous insisterons moins longuement :

— *Les états oniriques* ont d'abord été étudiés par RÉCIS avec la confusion mentale, comme faisant partie intégrante de la con-

(1) TARGOWLA : Les délires polymorphes. Encéphale, 1926, T. I., p. 18.

(2) DUBLINEAU : Les Bouffées délirantes. La semaine des Hôpitaux, 15 janvier 1932.

(3) BENON : Le Délire des Dégénérés de MAGNAN. Le Journal des Praticiens, 21 novembre 1936.

(4) C. ROSSI : A propos de certains états d'aliénation mentale simulant la schizophrénie. Encéphale, 1928, II, p. 501.

(5) P. ABELLY : Psychose post-émotionnelle des jeunes gens simulant la démence précoce. P. ABELLY, A. M. P., février 1926.

(6) AUSTREGESILO : Les cataphrénies, Encéphale, 1926, p. 426.

fusion délirante, à laquelle il donne d'ailleurs une extension exagérée; de même, DELMAS estime qu'onirisme est synonyme de confusion. « L'onirisme, écrit-il (1), n'est qu'une forme de confusion mentale compliquée de délire hallucinatoire. » Les états oniriques sont donc généralement curables, mais peuvent être suivis de *psychose post-oniriques*, parmi lesquelles DELMAS distingue dans son rapport : des états transitoires (phase de réveil plus ou moins prolongée du délire onirique et idées fixes post-oniriques, parfois persistantes, mais toujours curables) et des états durables (délires permanents et révescents post-oniriques, psychose hallucinatoire post-onirique, amnésie rétro-antérograde post-confusionnelle).

D'autres auteurs décrivent des délires oniriques purs. DIDE (2), CHARPENTIER (3), d'accord en cela avec CHASLIN et SEGLAS, estiment que « l'onirisme hallucinatoire peut exister sans confusion mentale ». Il réalise alors des états délirants essentiellement curables d'origine toxi-infectieuse.

Enfin CLAUDE et ses élèves, à la suite des travaux de MAYER-GROSS, étudient sous le nom d'états oniroïdes des états délirants curables complexes et atypiques avec trouble de la conscience et onirisme plus ou moins dégradé.

— *Les états interprétatifs curables* (4) sont isolés par SÉRIEUX et CAPGRAS, mais considérés par eux comme symptomatiques de la folie des dégénérés. En 1927, VALENCE, dans sa thèse, décrit les *états interprétatifs essentiels curables*, nés d'un choc émotif initial, et possédant un thème délirant peu extensif. GENIL-PERRIN, en 1926, (« Les paranoïaques ») et VERMEYLEN (1928) admettent également l'existence de bouffées délirantes interprétatives.

— *Enfin, les délires hyposthéniques* ont été décrits en marge de la constitution paranoïaque. Ce sont des psychoses réactionnelles curables, semblables à celles étudiées par les auteurs allemands. Des observations de délires d'interprétation chez les psy-

(1) A. DELMAS : Les psychoses post-oniriques, Rapport au XXIV^e Congrès des aliénistes et neurologues de la langue française. Strasbourg, 1920.

(2) DIDE : Syndromes dits commotionnels. Revue Neurologique 1918, p. 553.

(3) CHARPENTIER : L'onirisme hallucinatoire, Revue Neurologique, 1919, p. 755.

(4) cf. Mlle PETIT, loc. cit. p. 30 et suivantes.

chasthéniques ont été publiés par JANET (1902), par LÉPINE (1916), par ANTHEAUME et TREPSAT (*Encéphale*, 1926, p. 106), par CLERC et PICARD (*Encéphale*, 1927, p. 344. Délire interprétatif sans prédisposition paranoïaque.) CAPGRAS décrit des faits analogues sous le nom de *délire interrogatif*, puis de *délire d'interprétation hyposthénique* (*A.M.P.*, 1930, t. II, p. 272), qu'il rapproche du délire sensitif de relation de KRETSCHMER. Tous ces délires hyposthéniques ont été réunis par M^{lle} PASCAL dans le cadre des *psychoses de sensibilisation*. Enfin LACAN isole sa *paranoïa d'auto-punition*, et CLAUDE décrit le *syndrome d'action extérieure* proche du délire à base affective de KRETSCHMER et qui peut être rangé parmi les délires hyposthéniques.

Au terme de cet exposé historique forcément incomplet, il nous faut encore signaler un travail important qui nous a été très utile : nous voulons parler de la thèse de M^{lle} PETIT, *Les délires de persécutions curables*. L'auteur y distingue deux catégories de cas curables, qui sont étudiés avec la féconde méthode phénoménologique : les *délires à structure oniroïde* et les *délires à structure de réalité*. Les premiers, par le polymorphisme de leur tableau clinique, sont issus en ligne directe des bouffées délirantes de MAGNAN; les seconds, au contraire, s'en séparent et entrent dans le cadre des formes curables des délires systématisés. Ces deux catégories constituent, en quelque sorte, les deux extrêmes de la grande classe des délires curables. Bien que se touchant et se mêlant même par de nombreux points, elles ont évolué chacune pour leur propre compte. Seuls les délires à structure oniroïde se rapprochent des cas qui font l'objet de ce travail. C'est pourquoi, au cours de cet exposé, nous avons volontairement réduit l'étude historique des paranoïa aiguës pour nous attacher surtout à celle des délires polymorphes.

ETUDE CLINIQUE

Nous avons indiqué dans notre introduction que le point de départ de notre travail avait été la constatation d'une évolution favorable chez de nombreux malades catalogués primitivement parmi les déments précoces. Or, en étudiant nos observations, nous avons été frappé par un ensemble de caractères qui ont évoqué à notre esprit les descriptions des délires polymorphes, parues dans la littérature médicale depuis MAGNAN jusqu'à nos jours, et nous n'avons pas hésité à en rapprocher nos cas du point de vue nosologique. Dans ce chapitre, nous étudierons ces délires polymorphes tels que nous les avons vus évoluer, en les envisageant uniquement du point de vue clinique. Nous ne prétendons pas faire œuvre originale et rénover la pathologie des délires curables. Notre but est seulement d'analyser le tableau clinique et d'essayer d'en dégager certaines particularités qui permettent de poser très tôt un diagnostic exact, d'éliminer la démence précoce et de porter ainsi, sans attendre l'évolution, un pronostic favorable.

LES FACTEURS HEREDITAIRES - LE TERRAIN

On sait le rôle de la dégénérescence en psychopathie. Le terme n'est plus guère employé, mais reparait malgré tout sous des épithètes modernes. Si la formule morphologique, biologique et psychologique a varié, elle traduit toujours cette même notion commune de terrain.

MAGNAN faisait de l'hérédité le facteur capital de la dégénérescence : « L'état de dégénérescence mentale est constitué, dit-il, par le fait d'une accumulation plus ou moins considérable dans les antécédents héréditaires d'un individu, d'affections cérébro-spinales ou de maladies générales retentissant sur le système nerveux, susceptibles toutes deux d'influencer la descendance. »

Qu'ils aient ou non accepté le dogme de la dégénérescence, tous les auteurs postérieurs à MAGNAN ont constaté la presque constance d'une hérédité psychopathique chez leurs malades. Nous avons nous-même constaté l'importance et la fréquence de ce facteur héréditaire. En effet, 14 de nos malades (78 %) possèdent des ascendants psychopathes. Nous avons noté 3 fois des troubles mentaux dus à l'alcoolisme, 5 fois une hérédité à la fois alcoolique et psychopathique, et 6 fois une hérédité psychopathique isolée. On voit donc la fréquence de l'alcoolisme (44 % des cas) : il se manifestait chez les ascendants, soit par des troubles du caractère (violences, colères, impulsivité, jalousie morbide), soit par des troubles mentaux véritables (épilepsie toxique, *delirium tremens*, délire subaigu). Quant aux antécédents psychopathiques, ils sont très divers : on rencontre en effet, chez les ascendants et chez les collatéraux, toutes les psychoses possibles : arriération, démence précoce, démence sénile, délires chroniques, psychoses périodiques, instabilité, déséquilibre, etc... sans que l'on puisse noter la fréquence plus particulière de l'une d'entre elles. Parfois, un seul membre de la famille est atteint; d'autres fois, au contraire, on est en présence d'un nombre impressionnant de cas psychopathiques. Ainsi, Robert L... (observation n° 14) a un grand-père maternel alcoolique, interné deux fois et décédé de *delirium tremens*; son père, alcoolique, violent et querelleur, est épileptique. Sa mère est une grosse débile et cinq de ses frères et sœurs présentent une arriération mentale plus ou moins prononcée. De même dans la famille de Maurice D... (observation n° 3), on trouve : un grand-père maternel interné pendant de longues années pour délire chronique, une tante paternelle internée deux fois pour psychose périodique, un cousin germain maternel interné depuis 3 ans pour démence précoce, enfin, un de ses frères est un déséquilibré avec troubles du caractère, déjà traité à Henri-Rousselle.

On voit donc que cette hérédité est polymorphe. En aucun cas nous n'avons rencontré d'hérédité similaire, ce qui est d'ailleurs conforme aux notions classiques (1). L'hérédité n'intervient que pour donner au sujet une prédisposition spéciale.

(1) Les différences entre l'aspect clinique de la maladie du générateur et celui qu'elle revêtait chez le descendant s'expliquait, pour MAGNAN, par l'idée qu'étaient transmises des dispositions générales et non la forme définie des troubles. Il s'agissait d'une transmission « transformante » justifiant le polymorphisme observé. Remarquons que pour la

Ces facteurs héréditaires créent-ils un terrain particulier, tel que l'on puisse, dans une certaine mesure, prévoir la possibilité d'éclosion d'un délire? Autrement dit, retrouve-t-on la fameuse « tendance au délire » de LEGRAIN? Nous ne le croyons pas, du moins dans les cas qu'il nous a été donné de voir. En effet, nous n'avons pas rencontré ce caractère subdélirant, cette déséquilibration, cette « dysharmonie fonctionnelle », que signalait LEGRAIN, ni ces tendances paranoïaques ou ce tempérament psychasthénique décrits par les auteurs modernes. Il faut reconnaître, il est vrai, que ce terrain spécial donne naissance beaucoup plus aux délires interprétatifs curables, aux délires hyposthéniques, qui n'entrent pas dans le cadre de notre travail, qu'aux bouffées délirantes typiques.

Parmi nos malades, 9 d'entre eux (50 %) nous ont paru indemnes de toute tare, tant psychique que physique (observations I, II, IV, V, VI, VII, IX, XII, XIII). Il s'agirait alors des prédisposés simples de MAGNAN, dont la fragilité mentale est révélée par la minime importance de la cause provocatrice du délire. Par contre, nos 9 autres malades présentaient tous un degré plus ou moins marqué de débilité mentale — ce qui correspond assez bien aux cas envisagés par MAGNAN. En général, l'arriération mentale est d'ailleurs peu accusée. Ainsi, nous avons trouvé (1) pour Maurice D... (observation III), âge : 17 ans, niveau mental : 13 ans 8 mois; pour André A... (observation VIII), âge : 17 ans, niveau mental : 14 ans 5 mois; pour Robert L... (obs. XIV), âge : 17 ans, niveau mental : 13 ans 8 mois; pour André M... (obs. XVI), âge : 15 ans, niveau mental : 12 ans 9 mois; pour Augustin M... (obs. XVII), âge : 14 ans, niveau mental : 12 ans 3 mois; pour Georges N... (obs. XVIII), âge : 16 ans, niveau mental : 13 ans 6 mois. Seuls, deux de nos malades ont un niveau mental proportionnellement plus bas : 11 ans pour 16 ans d'âge (obs. XI) ; 9 ans 6 mois pour 16 ans d'âge (obs. XV). A côté de cette arriération légère, nous avons constaté très souvent un certain manque de jugement, de la naïveté, de la surestimation de soi, de la suggestibilité. Parfois des tendances imaginatives et mythomaniaques. Il s'agit donc d'une débilité plus

démence précoce, on admet aussi l'hérédité polymorphe, alors que l'hérédité de la folie maniaque dépressive est « similaire, spécifique, continue » (BOVEN).

(1) Nous avons calculé le niveau mental de nos malades avec les tests BINET-SIMON.

qualitative que quantitative. De plus, quelques-uns de nos malades présentaient quelques troubles du caractère : instabilité, impulsivité, irritabilité légère, ou tendances au solitarisme, à la bouderie (obs. IV, VIII, X).

Tous ces troubles avaient été constatés par la famille depuis fort longtemps. En aucun cas, ils n'étaient apparus quelque temps avant le délire et ne pouvaient être considérés comme prémonitoires au délire.

Enfin, chez la plupart de ces débiles, nous avons trouvé ce qu'il est convenu d'appeler des stigmates de dégénérescence : irrégularité des traits, palais ogival, implantation irrégulière des dents, strabisme, décollement du pavillon de l'oreille, dystrophies diverses. Tous ces symptômes n'ayant évidemment de valeur que groupés et réunis avec ceux fournis par l'examen psychologique du malade. Signalons, de plus, que tous nos malades, âgés de 14 à 18 ans, présentaient tous les signes d'une puberté acquise depuis de longs mois.

Constance d'une hérédité psychopathique polymorphe, fréquence d'une débilité mentale simple, tels sont les éléments essentiels constituant le terrain sur lequel vont évoluer ces bouffées délirantes.

CIRCONSTANCES D'APPARITION

MAGNAN considérait la bouffée délirante comme primitive, psychogène, dépourvue de toute étiologie directe. Elle apparaît le plus souvent sans cause apparente ou pour une cause futile.

Depuis MAGNAN, de nombreux auteurs ont insisté sur le rôle que joue un facteur toxi-infectieux, dans la genèse de ces délires. En effet, cette pathogénie est actuellement l'une des plus communément admises. Certains auteurs même, réduisant à son minimum le rôle de la dégénérescence proprement dite, invoquent à l'origine du délire polymorphe une cause nettement infectieuse, qu'ils rapprochent d'un processus tuberculeux atténué (TAR-COWLA). Nous avons retrouvé cette étiologie chez cinq de nos malades : dans deux cas, il s'agissait d'un syndrome infectieux net (syndrome infectieux ayant entraîné une poussée d'hyposystolie, et épisode grippal (obs. XI et XIV) ; dans les trois autres cas est entré en jeu un facteur plus toxique qu'infectieux (surmenage, libations, exposition prolongée au soleil, obs. III, VI et VII). Il est à remarquer d'ailleurs que cet élément toxi-infec-

tieux était, dans tous les cas, totalement disparu lors de l'apparition du délire.

Cependant (de nombreux auteurs l'ont signalé), il est peu probable que ce mécanisme soit seul à intervenir. Souvent, l'observation clinique montre que la bouffée délirante se produit à la suite d'une commotion, d'un traumatisme, et surtout d'une émotion. Nous avons trouvé cette cause provocatrice chez 5 de nos malades : chez Daniel B... (obs. I), l'accès délirant est survenu à la suite d'un accident de la rue dans lequel il faillit être blessé; il a été la conséquence, chez José C... (obs. II), d'une visite à son frère interné, chez René G... (obs. V) de la déclaration de guerre et des premières alertes, enfin, chez Emile B... (obs. XIII), d'une grève, en 1936.

Ces émotions-chocs ont déclenché ce que JASPERS (1) appelle « *des réactions occasionnées* » dont le contenu est « sans rapport compréhensible avec l'événement occasionnant ». Elles provoquent des troubles mentaux dont « le développement n'est ni continu à l'égard de la personnalité, ni compréhensible à l'égard des relations qui unissent la symptomatologie à cette personnalité ». Ces *psychoses occasionnelles* s'opposent ainsi aux « *psychoses réactionnelles* ». Celles-ci sont provoquées par des chocs affectifs, par des « situations vitales dramatiques », et sont constituées par des *réactions vraies*, c'est-à-dire par des réactions « dont le contenu est en rapport compréhensible avec l'événement originel, qui ne seraient pas nées sans cet événement et dont l'évolution dépend de l'événement et de leur rapport avec lui (2) ». On peut voir une ébauche de ces réactions vraies dans l'observation VIII : à la suite d'un acte de pédérastie apparaît chez André A... un délire où dominent les idées d'indignité, d'auto-accusation, mêlées d'ailleurs à d'autres éléments qui donnent au tableau clinique son aspect polymorphe.

Nous avons insisté sur ce mécanisme d'apparition des bouffées délirantes, car il est, à notre avis, malgré le nombre relativement restreint des cas où nous l'avons observé effectivement, celui que l'on rencontre le plus fréquemment en clinique (1).

(1) JASPERS: Psychopathologie générale. Trad. KASTLER et MENDOUSSE.

(2) cf. à ce sujet: J. ROUART: Psychose maniaque dépressive et Folies discordantes. Thèse Paris, 1935.

(1) Signalons que, pour quelques auteurs, le choc émotif provocateur de l'accès délirant, est conditionné par l'état de déséquilibre neuro-végétatif et endocrinien que l'on rencontrerait fréquemment chez les dégénérés. (TARGOWLA-DUBLINEAU).

MODES DE DEBUT

La brusquerie du début des délires polymorphes est bien connue et a été décrite bien souvent depuis MAGNAN et LEGRAIN. Cependant, comme M^{re} PETIT dans ses délires oniroïdes, nous avons constaté très fréquemment que ce début est plus rapide que brusque; le malade n'est pas plongé d'une heure à l'autre « au sein des conceptions les plus étranges ». Dans 12 observations sur 18, nous avons noté une courte période d'incubation de quelques jours. Cette incubation se présente de deux façons différentes.

Dans les cas les plus fréquents, à la suite d'une émotion vive, d'un épisode infectieux, ou sans cause apparente, apparaît une inquiétude vague qui se transforme très vite en anxiété véritable; cette anxiété s'accompagne d'une sensation d'étrangeté et d'interprétations nombreuses; très rapidement des idées délirantes, une agitation croissante, ou au contraire un état dépressif, parfois des épisodes oniriques fugaces ou persistants viennent s'ajouter aux symptômes précédents, et en quelques jours le tableau clinique se constitue progressivement.

En voici quelques exemples :

Daniel B... (obs. I). à la suite d'un accident dont il a failli être victime, ne dort pas, est inquiet, se demande si on ne lui en veut pas; le lendemain, il a l'air égaré, semble chercher quelque chose. Il va « prendre un demi » qu'il trouve étrangement rose, puis essaye de rendre visite à un de ses amis qu'il ne trouve pas chez lui. Sûrement, pense-t-il, tout cela est fait exprès pour se moquer de lui. Puis se constitue peu à peu une bouffée onirique. — José G... (obs. II), après une visite faite à son frère interné, présente une anxiété progressivement croissante des interprétations et très rapidement une agitation anxieuse avec délire incohérent. — Henri T... (obs. VII) au moment du 14 juillet fait quelques excès alcooliques et ne dort pas pendant quatre nuits : brusquement, les pétards lui semblent bizarres et il se demande si ce ne sont pas des coups de revolver; le lendemain, il s' imagine qu'on lui en veut, se dispute avec un ami, lui fait des reproches incohérents, s'excite de plus en plus; de l'onirisme, des troubles psycho-sensoriels apparaissent; mais « tout cela comme dans un rêve ».

Dans d'autres cas plus rares, cette incubation de quelques jours est marquée seulement par une anxiété vague et sans cause définie, quelques interprétations, un sentiment d'étrangeté, puis brusquement éclate un accès d'excitation. On n'observe plus alors une aggravation progressive des symptômes.

Ainsi chez Claude L... (obs. X), on observe tout d'un coup un changement dans son comportement : il se trompe dans son travail, est inattentif, paraît anxieux, égaré; trois ou quatre jours après, il change de travail mais ne reste qu'un jour dans sa nouvelle place, et, le soir, apparaît un état d'agitation extrême, avec turbulence, incohérence, rires et pleurs sans motif.

Enfin, dans trois cas, nous avons observé une incubation plus prolongée qui a duré quelques semaines. Elle est alors caractérisée par un léger état dépressif avec tristesse, tendance à l'isolement, inquiétude vague, et par quelques vagues idées d'auto-accusation, et quelques idées hypochondriaques. Puis, éclate brusquement la boutée délirante avec agitation et souvent onirisme (obs. IV, VIII et XVIII).

Mais le début vraiment brutal est loin d'être exceptionnel. Nous l'avons observé chez six de nos malades. La phase d'incubation est absente. Le plus souvent le début est marqué par un épisode confuso-onirique ou onirique pur : Augustin M... (obs. XVII) devient brusquement agité, incohérent, désorienté; conduit immédiatement à Paris par le train, il tire la sonnette d'alarme « parce qu'il avait vu Dieu lui faire signe à travers les carreaux ». Martiel L... (obs. XV) voit tout d'un coup des loups qui veulent lui sauter à la gorge, d'où agitation, cris, pleurs, tentative de fugue anxieuse. Bernard T... (obs. XIII) rentre un soir chez lui en disant qu'il avait trouvé des sacs de charbon pleins de sang et qu'il voyait autour de lui la police secrète. Dans d'autres cas, le début est marqué par l'éclosion brutale d'idées délirantes et de troubles psycho-sensoriels. André M... (obs. XVI) se sauve une nuit par la fenêtre chez des voisins « parce qu'on voulait l'empoisonner et qu'on faisait des essais sur lui ». Maurice D... (obs. III) rentre chez lui en disant : « Je sais qui a tué Salengro, on va tuer Blum, bouchez tout... »

Si l'on met à part quelques exceptions, le début de ces délires polymorphes est donc, sinon brusque, du moins toujours rapide et, dans ce cas, marqué par deux symptômes presque constants : l'anxiété diffuse et les interprétations. MAGNAN insis-

taît sur cette rapidité d'élaboration du délire. Après REGIS (1), après M^{lle} PETIT (2), nous insisterons à notre tour sur la valeur pronostique de cet élément du tableau clinique et, comme cet auteur, nous nous appuierons sur la théorie jacksonienne de la dissolution des fonctions, telle que l'ont exposée Henri EY et J. ROUART (3).

JACKSON distingue dans les troubles mentaux deux ordres de symptômes : des symptômes négatifs traduisant la dissolution plus ou moins rapide et plus ou moins profondes des fonctions psychiques et des symptômes positifs traduisant la libération de l'activité psychique inférieure. Assimilant les états aigus d'apparition rapide, au sommeil normal, EY et ROUART pensent que ce genre de dissolution, analogue à celle que l'on trouve dans le sommeil, est comme dans ce dernier sans conséquence psychopathique : « Plus la dissolution est rapide et profonde d'emblée, plus la révolution sera rapide et sans phases intermédiaires. »

LE DELIRE ET LES TROUBLES PSYCHO-SENSORIELS

Comme tous les auteurs qui ont étudié les délires d'emblée, nous avons observé chez nos malades le polymorphisme des idées délirantes. On assiste en effet au développement rapide d'idées délirantes à thèmes multiples et variables. Eléments mégalo-maniaques ou érotomaniaques persécutifs ou hypochondriaques, joints parfois à des thèmes d'indignité et d'auto-accusation, se chevauchent, se succèdent, s'intriquent, disparaissent et reparaissent, défiant souvent toute description exacte. On ne trouve dans ce délire aucune trace de systématisation. Parfois, il semble s'organiser, mais c'est toujours pour un temps très court. Il est remarquable par son extravagance, son absurdité et sa puérilité. C'est souvent un mélange incohérent, où aucun lien logique ne vient relier les idées délirantes les unes aux

(1) « Plus la maladie a éclaté brusquement, et plus vite elle atteint son apogée, plus elle présente de chance de guérison. Au contraire, plus la période d'incubation et de début a été longue et traînante et plus la maladie sera grave. » REGIS, Précis de Psychiatrie, 6^e éd. p. 53.

(2) cf. Mlle PETIT, loc. cit. p. 43.

(3) H. EY et J. ROUART : Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique des troubles mentaux en neuropsychiatrie (Encéphale, mai, juin, juillet, août 1936).

autres (1). Le délire est incompréhensible et impénétrable, rappelant par certains côtés les délires paranoïdes (obs. V et VI).

Mais très souvent, on rencontre chez l'adolescent un aspect beaucoup moins polymorphe. Ce délire est beaucoup moins riche, les idées délirantes moins variées, moins disparates. On ne rencontre souvent que des idées délirantes de persécution, s'ajoutant à des idées de grandeur ou à des idées hypochondriaques, ou d'auto-accusation et d'indignité. La fréquence du thème de persécution est remarquable; nous l'avons trouvé en effet dans toutes nos observations, et presque toujours nous l'avons vu persister plus longtemps que les autres thèmes délirants. Mais si les idées délirantes sont moins nombreuses chez le même malade que dans la description classique de MAGNAN, elles sont, par contre, très variables dans leur intensité, diminuant ou disparaissant même par instant pour reparaitre à l'instant suivant. Elles gardent toujours le même caractère vague, flou, imprécis; il n'y a aucune tendance à la systématisation, à l'explication du délire. Il faut noter également l'expression relativement pauvre et puérile de ce délire : cette particularité est vraisemblablement la conséquence de la débilité mentale que nous avons signalée chez la plupart de nos malades; comme le remarque SEGLAS, « on ne peut traduire au dehors que ce qu'il y a au dedans, et chez les débiles, le dedans est d'une pauvreté extrême ». (Cf. surtout obs. XVI). Variabilité, diversité relative, imprécision, impénétrabilité et, en même temps, pauvreté, puérilité, tels sont les caractères essentiels de ce délire.

De plus, le délire est souvent exprimé sous une forme dubitative, faisant parfois penser à un délire de supposition atténué. Ainsi, José G... se demande « si on ne le regardait pas mal à cause qu'il se reprochait de ne pas écouter, on disait probablement de lui qu'il était un bandit » (Obs. II). « On m'a peut-être mis de l'alcool dans mes aliments, les yeux me piquent, c'est peut-être à cause des rayons », nous dit Mario D... (obs. IV). Emile B... (obs. XIII) « croit que ses aliments lui font du mal, qu'on va peut-être l'empoisonner ». Ces idées délirantes se manifestent sous la forme d'une interrogation anxieuse, comme si nos malades craignaient un danger vague, imprécis et inexplicable, et attendaient un encouragement et un réconfort,

(1) « Le fonds de confusion mentale, dit SEGLAS, s'oppose à l'enchaînement des idées, qu'elles soient délirantes ou non ».

L'analyse de ces délires révèle l'extrême variété de leurs mécanismes. Classiquement, on y trouve surtout « des hallucinations nombreuses, exubérantes, généralement auditives, très souvent psychiques (échos de la pensée, inspirations, actes imposés, phénomènes d'arrêt, etc...), parfois olfactives ou gustatives ». En fait, les hallucinations semblent être moins fréquentes que les illusions auditives, visuelles, olfactives, gustatives, et que les interprétations nombreuses et variées qui accompagnent presque toujours les idées délirantes; moins fréquentes également que les sensations cénesthésiques portant sur les différentes sensibilités, qui contribuent à donner au malade cette sensation d'étrangeté et d'insécurité que nous étudierons plus loin. Dans certains cas, on observe un élément imaginatif d'ailleurs épisodique, qui, associé au complexe symptomatique, est parfois assez riche pour constituer un syndrome délirant, mais il est en général secondaire, tant au point de vue de l'époque de son apparition, qu'au point de vue de son importance clinique (1). On assiste aussi à l'éclosion subite d'idées délirantes intuitives (TARGOWLA et DUBLINEAU), survenant à l'exclusion de toute interprétation ou hallucination, s'imposant à la conscience avec une force de conviction qui explique l'intensité des réactions affectives. Ainsi Robert D... (obs. III) rentre un soir chez lui en disant : « Je sais qui a tué Salengro, on va tuer Blum, bouchez tout. » De même, André M... (obs. VI) est sûr qu'on veut faire sauter Paris et l'usine à gaz de Saint-Denis et vient à Paris pour empêcher ce malheur. Les idées de grandeur semblent également apparaître à la suite d'un processus intuitif. Remarquons d'ailleurs qu'il est souvent difficile de distinguer l'élément imaginatif de l'élément intuitif dans la genèse des idées délirantes, car les processus intuitifs traduisent en général l'activité imaginative, déréglée du malade.

Mais il est un autre mode d'élaboration du délire, très important par sa fréquence, c'est l'activité onirique. Notons d'abord la fréquence de l'onirisme pur. Soit que la bouffée délirante ait débuté par un épisode onirique, soit que son évolution soit émaillée des accès d'un onirisme reviviscent, soit enfin que chaque soir amène l'apparition d'un onirisme nocturne qui disparaît avec le jour. On en trouvera des exemples dans presque toutes nos observations : Daniel B... (obs. I) voit le jour toute la nuit :

(1) Cf. DUPRE et LOGRÉ : Les Psychoses imaginatives aiguës, (A. M. P. II, p. 144).

devant ses yeux se déroulent des scènes aux contours mal définis, sans signification précise. Maurice D... (obs. III) et Mario D... (obs. IV) présentent un onirisme terrifiant à exacerbations nocturnes. René G... (obs. V) voit de temps en temps des figures qui tournent autour de lui, participe à des scènes floues, incompréhensibles et inquiétantes. André M... (obs. VI) vit dans la lune ou le soleil, il ne voit plus la terre, il est dans un monde tourbillonnant à toute vitesse. Martial L... (obs. XV) voit des loups qui veulent lui sauter à la gorge. Augustin M... (obs. XVII) tire la sonnette d'alarme d'un train pour aller rejoindre Dieu qui lui fait signe par la fenêtre, etc...

Cet onirisme va imprégner la pensée vigile, c'est à partir de lui que va, en partie, se constituer le délire; c'est l'onirisme reviviscant qui va, durant tout le cours de la maladie, continuer à nourrir et à enrichir le délire. « L'onirisme, écrit M^{lle} PETIT, ne constitue pas ici une rupture nette avec la vie de la veille... Au contraire, les expériences oniriques sont en continuité avec la pensée vigile, avec l'activité psychique du sujet, tout entière accaparée par le délire. » Ces expériences oniriques « faisant irruption dans le psychisme du sujet à l'état de veille », expliquent les illusions, les hallucinations, les interprétations, les intuitions, qui viennent, comme nous l'avons vu, enrichir le délire. Mais le thème délirant n'est pas un simple souvenir tenace de l'état de rêve, il s'est élaboré et développé suivant le mode vigile de la pensée, utilisant, à côté des expériences oniriques, les perceptions exactes de la réalité. Ce sont, dit CLAUDE, en décrivant les états oniroïdes (1), « des états de fiction vécue à partir des contenus de conscience, ayant pour objet le réel, le présent, le monde environnant ». Ce côté oniroïde du délire se différencie donc de l'onirisme pur par l'existence d'une construction délirante plus ou moins logique, dans laquelle le raisonnement, sous la forme de l'interprétation délirante, prend une part active, « il se développe dans le temps et dans l'espace comme la pensée normale, disent DIDE et GUIRAUD à propos de leurs *délires complexes symptomatiques* (1), alors que dans l'onirisme, la succession d'images hallucinatoires provoque à tout instant des changements de décor chronologique et topographique.

(1) H. CLAUDE et H. EY : Les troubles psycho-sensoriels dans l'encéphalite épidémique. (Presse Médicale, juillet 1933).

(1) DIDE et GUIRAUD : Psychiatrie du médecin praticien, 2^e éd., p. 293.

Les représentations se font par concepts, comme dans la pensée normale et non par images hallucinatoires visuelles ».

Nous n'étudierons pas l'élaboration psychologique de ces délires oniroïdes; cette question a été remarquablement traitée dans la thèse de M^{lle} PETIT (1), et sort d'ailleurs du cadre des faits purement cliniques auxquels nous nous sommes limité. Nous signalerons seulement, car c'est un fait qui complique singulièrement le diagnostic, que ce mode délirant se rapproche de la *pensée déréelle* que BLEULER décrit comme spécifique de la schizophrénie. Nous en reparlerons brièvement dans le prochain chapitre de notre travail.

L'ETAT CONFUSIONNEL

L'association des idées délirantes et des signes confusionnels n'a pas été très explicitement décrit par MAGNAN, mais est signalée par tous les auteurs modernes; ceux-ci parlent de la fréquence de cette association. Il vaudrait mieux, à notre avis, insister sur sa presque constance. Nous n'avons en effet qu'une observation (obs. IX) où l'on ne trouve aucun signe confusionnel. Dans les dix-sept autres cas, il ne s'agit pas d'un état confusionnel franc et typique mais de signes atténués qu'il faut souvent rechercher.

L'un des plus fréquents et des plus nets est l'onirisme; nous avons déjà longuement insisté sur son importance dans la genèse des idées délirantes et nous en avons cité quelques exemples. En voici d'autres : André A... (obs. VIII) voit, au milieu de la nuit, le diable qui vient s'emparer de lui. Roger R... (obs. XI) assiste à des scènes effrayantes et se cache sous les draps pour ne pas les voir. Bernard T... (obs. XII) court après des vipères, cherche à attraper des insectes invisibles, se cache les yeux avec un air anxieux. Emile B... (obs. XIII) voit, la nuit, la maison s'écrouler, son doigt se fendre, son corps coupé en morceaux. Augustin M... (obs. XVII) voit un vélo noir, un taxi rouge, des animaux, des diables avec des cornes, des scènes amusantes ou effrayantes. Cet onirisme que nous avons observé 13 fois sur 18 est parfois typique (obs. XII et XVII) mais souvent fruste, caractérisé seulement par quelques hallucinations visuelles,

(1) cf. Mlle PETIT, loc. cit. p. 47.

épisodiques et très passagères. Il peut se présenter, comme nous l'avons déjà signalé, de différentes façons : ou bien la bouffée délirante débute par un épisode confuso-onirique, ou bien, au cours de l'évolution de la maladie, on assiste à l'éclosion d'une ou plusieurs bouffées oniriques, ou bien enfin, l'onirisme reviviscent, c'est le cas le plus fréquent, est surtout nocturne, apparaît chaque soir, disparaît chaque matin, mais, fait important, cet onirisme est toujours passager, ne durant que quelques jours et parfois quelques heures. (Seule l'observation XVII montre un cas d'onirisme prolongé.) Doit-on incriminer la confusion dans la production de l'onirisme? On sait que DIDE et CHARPENTIER pensent que l'onirisme hallucinatoire peut exister sans confusion, et admettent l'onirisme pur. L'étude de nos cas nous fait plutôt adopter, dans le cadre de notre travail, l'avis de DELMAS qui écrit (1) : « Onirisme et confusion sont toujours associés... la confusion est souvent légère, il faut la rechercher avec attention, je dirais volontiers avec intention, avec parti pris pour la mettre en évidence. Il est même nécessaire que la confusion mentale ne soit pas trop intense pour que l'onirisme se développe. »

Et, en effet, la confusion parfois nette est le plus souvent discrète, mais existe pratiquement toujours. Elle se manifeste par des signes divers :

— Bradypsychie, lenteur dans les réponses, obnubilation plus ou moins nette, le plus souvent légère (obs. I, IV, XI, XIII, XVI, XVIII). Parfois, cependant, elle domine le tableau clinique à un moment de son évolution, mais à un moment seulement.

— Légère désorientation temporo-spatiale (obs. I, II, VII, X, XIII, XIV, XVI, XVIII).

— Perceptions floues, estompées, comme entourées d'un brouillard, parfois hausses reconnaissances.

— Parfois, air égaré, perplexité.

A ces symptômes s'ajoute presque toujours un trouble qui nous a paru caractéristique du léger état confusionnel qui imprègne la personnalité de nos jeunes malades. Il s'agit d'un vague trouble de la conscience, difficilement définissable, accompagné d'une sensation d'étrangeté, de bizarrerie, de transformation du monde extérieur. Ce trouble est perçu par le malade qui s'en

(1) DELMAS : Les psychoses post-oniriques. Congrès de Strasbourg, 1920.

étonne et s'en inquiète : « Tout me paraissait bizarre, nous dit Daniel B... (obs. I), je vivais dans un monde étrange, inquietant, où tout agissait contre moi. » « Tout était changé autour de moi. » (Obs. II.) « C'était bizarre et irréel, le monde était changé. » (Obs. IV.) « Tout est changé, je ne comprends pas; ma voix est changée, c'est comme un voile. » (Obs. V.) « C'était comme dans un rêve. » (Obs. X.) « C'était comme un brouillard, comme un rêve. » (Obs. XVI.) « Tout est vague et brouillé. » (Obs. XVIII.) On remarquera que tous nos malades expriment à peu près de la même façon le trouble qu'ils ressentent. Il s'agit là d'un trouble qualitatif d'une conscience modifiée (Verändertes Bewusstsein comme l'appellent JASPERS et MAYER-GROSS), dans laquelle « l'intensité et l'orientation des états de conscience sont seulement modifiées, sans que ces fonctions soient troublées ». Cette conscience modifiée s'oppose à la conscience désagrégée (Zerfallendes Bewusstsein) où l'on trouve une modification à la fois qualitative et quantitative, et qui est caractéristique de la confusion mentale typique.

Ces signes sont le plus souvent discrets, et n'apparaissent généralement pas au premier plan du tableau clinique, mais ils existent toujours. Quand ils sont plus nets, plus évidents, ils surgissent alors au milieu du délire, sous forme de bouffée confusionnelle toujours passagère, au début ou au cours de l'évolution.

Il est rare de rencontrer isolé l'un des signes précédents; ils se groupent en général selon des modalités variables. L'une des plus fréquentes est l'association d'onirisme, du trouble de la conscience et de troubles mnésiques. Il est en effet un symptôme constant qui vient apporter la preuve de la réalité de la confusion, c'est l'amnésie; parfois c'est une véritable amnésie lacunaire, mais bien souvent il ne s'agit que d'un flou, d'une imprécision des souvenirs, trouble mnésique atténué qui n'en garde pas moins toute sa valeur de diagnostic et qui vient infirmer l'opinion d'HALBERSTADT : « Le malade est distrait par son délire et non confus. »

L'ETAT AFFECTIF

L'un des caractères les plus importants de ces bouffées délirantes est l'état affectif intense qui accompagne les idées délirantes. Tous les auteurs qui se sont occupés de la question ont

insisté sur ces troubles de l'humeur (MAGNAN, TARGOWLA, DUBLINEAU, M^{lle} PETIT). Nous n'apporterons à ces descriptions aucun élément nouveau. « Tantôt le sujet est expansif, écrit DUBLINEAU, son attention est mobile, ses idées fuyantes; il se présente comme un maniaque. Tantôt au contraire il est en proie à une dépression intense, avec désorientation, inhibition, aprosexie, liée au thème mélancolique initial, d'où le mutisme, le refus d'aliments, observés en pareil cas. Plus souvent, on observe un véritable état anxieux, alors les cris, les pleurs, l'état d'angoisse physique, les réactions vaso-motrices traduisent l'intensité de l'agitation psycho-motrice. » L'anxiété est, en effet, un symptôme important que nous avons retrouvé dans presque tous les cas :

— Soit au début de la maladie; elle s'associe alors aux interprétations, sous la forme d'une inquiétude vague ou d'une anxiété véritable qui caractérise la phase d'incubation que nous avons décrite précédemment.

— Soit au cours de l'évolution : elle accompagne un état dépressif plus ou moins net, à teinte parfois franchement mélancolique, des idées délirantes à thème d'agression corporelle, ou un épisode confuso-onirique; c'est dans ce cas que l'on observe surtout une véritable agitation anxieuse à prédominance nocturne. L'anxiété semble être aussi en rapport avec le trouble vague et inquiétant de la conscience qu'ont ressenti presque tous nos malades.

Les états dépressifs et anxieux nous ont paru beaucoup plus fréquents que les états d'excitation. Cependant, nous signalerons la grande fréquence de l'alternance, dépression, excitation (l'association maniaco-anxieuse sur laquelle insistent TARGOWLA et DUBLINEAU) qui ajoute un élément de plus au polymorphisme du tableau clinique. On observe ainsi : soit une succession, suivant un ordre variable, d'états dépressifs et d'excitation (obs. X, XVI, VI et IV), soit une phase d'excitation suivie d'un état dépressif terminal plus ou moins net (obs. I, IX, VII, XI, XIV et XV), soit une phase dépressive suivie d'un état d'excitation (obs. V), soit enfin un état dépressif dominant dont l'évolution est coupée par un accès d'agitation (obs. VIII et XI). Parfois, l'état dépressif est constant et persiste pendant toute la maladie (obs. II), d'autres fois, c'est l'excitation du type maniaque qui domine le tableau clinique. L'association de signes d'excitation et de dépression, les états mixtes nous ont paru assez rares; nous ne les avons rencontrés que dans deux cas (obs. V et XVI).

L'intensité de cet état affectif est un élément important de

diagnostic entre les bouffées délirantes et les états schizophréniques. Elle constitue aussi l'un des arguments qui ont permis à de nombreux auteurs d'assimiler les bouffées délirantes aux psychoses maniaques dépressives. Nous verrons, dans le prochain chapitre, que cette assimilation est le plus souvent injustifiée.

L'ASPECT CLINIQUE D'ENSEMBLE

Dans les paragraphes précédents, nous avons étudié séparément les différents groupes de symptômes qui constituent la bouffée délirante. En réalité, cette étude présente un côté très artificiel, car nous avons isolé ainsi des éléments qui n'acquièrent toute leur valeur et toute leur importance qu'intégrés à l'ensemble des autres éléments du tableau clinique. Celui-ci est, en effet, fort complexe, et, pour en avoir une idée à peu près exacte, il est nécessaire de le considérer dans sa complexité, dans l'enchevêtrement de ses symptômes.

L'intrication de troubles très divers (idées délirantes, signes confusionnels, excitation, dépression), la variabilité, la mobilité, « l'aspect incohérent et enchevêtré » du délire, ont été décrits par de nombreux auteurs. « Ils semblent échapper, dit MAGNAN, à toute description didactique; ils ne paraissent soumis à aucune règle. » Et plus loin il ajoute : « Ces délires sont polymorphes et protéiformes; leurs caractères principaux sont : succession, simultanéité. » Ces deux caractères sont, en effet, ceux qui nous ont le plus frappé chez nos malades : simultanéité de plusieurs idées délirantes, de confusion, d'excitation ou de dépression, succession dans le temps de thèmes délirants différents, d'excitation, de dépression ou de bouffées confuso-oniriques. Chacun de ces éléments prend une importance très variable suivant les cas et suivant le moment de l'évolution. Ainsi, certains de nos malades sont surtout des déprimés, d'autres surtout des excités; chez les uns, les signes confusionnels semblent dominer le tableau clinique, chez d'autres, ce sont les troubles psycho-sensoriels, chez d'autres encore, les idées délirantes semblent évoluer presque isolément, ou bien tel thème délirant prend le pas sur les autres thèmes. Puis, brusquement, tout change : tel déprimé anxieux devient confus ou maniaque, une bouffée confuso-onirique se transforme en un état dépressif, des idées délirantes exubérantes viennent masquer presque totalement les autres troubles mentaux, qui, un peu plus tard, réapparaissent et semblent

alors effacer le délire, etc..., etc... Nous pourrions ainsi multiplier les exemples à l'infini.

La prédominance de certains symptômes a conduit certains auteurs à briser le cadre des délires d'emblée et à individualiser parmi eux un certain nombre de formes cliniques; ils les rattachent ainsi, suivant les cas, à la psychose maniaque-dépressive, à la confusion mentale primitive, aux psychoses paranoïaques. Nous pensons que la coexistence de tous les symptômes que nous avons étudiés, leur variabilité, leur mobilité, leur caractère « polymorphe et protéiforme », constituent les particularités essentielles de nos états délirants, et donnent au tableau clinique une unité remarquable.

C'est pourquoi nous avons renoncé à décrire, parmi nos dix-huit observations, des formes cliniques nettement distinctes les unes des autres; nous avons préféré insister sur les éléments qui permettent de grouper nos cas dans un même cadre, plutôt que de chercher à créer artificiellement un certain nombre de catégories cliniques. Les états délirants, comme le dit M^{le} PETIT, malgré la multiplicité de leurs éléments, possèdent une unité clinique concrète, c'est *l'ensemble scénique* qu'ils réalisent et qui signe leur caractère de bouleversement psychique paroxystique. « Cet ensemble scénique, cet enchaînement de toute une série de tableaux, remarquables par leur richesse dramatique », semble être intensément vécu par le malade, grâce à l'intensité de l'état affectif sous-jacent au délire. « La conscience devient spectaculaire, elle se remplit de thèmes romanesques, d'images concrètes, de fictions émouvantes. Telle est la dramatisation de la conscience, face positive de son obscurcissement. » (H. EY.) Cependant le tableau clinique conserve toujours un caractère flou, vague, imprécis, *inachevé*, conséquence et à la fois cause de l'état affectif et du trouble de la conscience. Cette sensation de « brouillard », « de voile » entourant toute chose, « de quelque chose qu'on attend et qu'on ne comprend pas, qui n'arrive pas », est très nette chez nos malades et leur donne cette pénible impression d'insécurité et d'attente anxieuse.

Pour compléter cette étude clinique, signalons que nous avons toujours trouvé nos malades assez bien insérés dans la réalité, possédant suffisamment le contact avec l'ambiance. Par contre, nous avons rencontré assez souvent des signes de la série catatonique, et des signes qu'il est classique d'attribuer à la démence précoce : réponses à côté, tics, maniérisme; discordance, sourires inadéquats, ambivalence, stéréotypies, persévé-

ration des attitudes, suggestibilité, opposition, etc... Nous examinerons dans le prochain chapitre quelle valeur on est en droit de donner à ces symptômes.

Enfin, contrairement aux auteurs modernes qui décrivent l'association constante d'un syndrome physique aux troubles mentaux, nous n'avons observé que rarement l'existence d'un état somatique défectueux. Seul André M... (obs. XVI) a présenté un amaigrissement avec état saburréal des voies digestives. Dans deux autres cas (obs. XI et XIV), nous avons noté un processus organique à l'origine de la psychose. Nos autres malades étaient indemnes de toute atteinte organique, quelle qu'elle soit. Et, à l'inverse des auteurs modernes, nous adopterions plutôt l'opinion de LEGRAIN : « C'est un simple trouble fonctionnel, écrivait-il, sans retentissement sur la santé du malade. Les grandes fonctions s'accomplissent avec régularité au cours de l'accès. »

L'EVOLUTION ET LE PRONOSTIC

La bouffée délirante guérit assez rapidement. Sa durée est variable : le plus souvent deux à trois mois, jamais plus de quatre mois chez nos malades. Mais cette évolution n'est pas uniforme : elle est essentiellement irrégulière, imprévisible, parsemée d'aggravations et d'améliorations passagères inattendues. Nous avons vu l'aspect extrêmement varié du tableau clinique, la combinaison et la succession, sans règle définie, d'états très divers. En voici un exemple typique (obs. XVI) : Début par un épisode délirant hallucinatoire avec excitation, puis état dépressif avec obnubilation confusionnelle, pendant lequel les idées délirantes disparaissent puis réapparaissent ; puis, amélioration des signes confusionnels suivie au bout de quelque temps par l'atténuation du système délirant. Puis, brusquement, apparition d'un état stuporeux suivi d'une phase d'excitation du type maniaque avec euphorie, qui précède la guérison.

On observe assez souvent (obs. I, V, VI, VII, X, XVII) au bout de deux à trois semaines, une amélioration très nette qui permet d'envisager une guérison rapide. Mais, au bout de quelques jours, on assiste à une aggravation brutale de tous les symptômes. Alors qu'il débute toujours brusquement, l'accès se termine progressivement par une atténuation des symptômes. Très fréquemment, nous avons noté la présence d'un léger état dépressif terminal. Mais si cette disparition des symptômes est progressive,

elle est néanmoins rapide et complète. Il s'agit, selon l'expression de EY et ROUART, d'une « réévolution rapide et sans phase intermédiaire ». Le malade se rend compte de son état pathologique antérieur, abandonne peu à peu ses conceptions délirantes, en parle d'abord au passé puis en fait la critique, et s'étonne souvent d'avoir eu de pareilles idées. L'éclaircissement de la conscience est concomitant, mais semble parfois un peu plus lent; il est fréquent de voir persister pendant quelques jours cet état de crainte vague, cette sensation inquiétante d'étrangeté du monde environnant.

Le pronostic immédiat est donc excellent; on peut être assuré de voir guérir l'accès complètement dans un délai assez rapide. Chez tous nos malades, nous avons constaté, dans la mesure du possible, la *restitutio ad integrum*, l'absence d'affaiblissement intellectuel et de trouble de l'affectivité. Nous avons pu suivre la plupart d'entre eux jusqu'à une date récente, et nous avons pu constater que certains avaient subi sans inconvénient le choc de l'exode et des bombardements, et que tous avaient pu reprendre d'une façon permanente leur activité sociale, ce qui nous paraît être le meilleur test de guérison.

Peut-on, avant d'avoir observé l'évolution, prévoir ce pronostic favorable? C'est là une des questions que nous posions dans l'avant-propos de notre thèse. Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative, en y apportant naturellement les restrictions indispensables en pareil domaine. En effet, tous ces états délirants se présentent sous l'aspect de psychoses aiguës et possèdent des caractères en principe bien déterminés, que nous avons longuement étudiés et qui permettent de poser un diagnostic précoce et par conséquent de porter précocement un pronostic favorable. Nous retiendrons surtout parmi ces caractères : la rapidité du début, le brutal bouleversement du psychisme tout entier, le remaniement incessant du tableau clinique, la présence d'un état affectif intense, de signes confusionnels et en particulier d'un onirisme nocturne et reviviscent.

Par contre, le pronostic ultérieur est beaucoup plus réservé. Il est en effet toujours assombri par la possibilité de récidives. Si un certain nombre de nos malades en sont restés à leur premier accès (nous manquons d'ailleurs du recul nécessaire pour pouvoir l'affirmer), nous avons cependant observé quatre récidives (obs. II, IV, XI, XIII), l'une au bout de cinq mois, les 3 autres au bout de deux ans. Elles ont toutes d'ailleurs présenté le même aspect et ont guéri aussi bien et aussi rapidement que

le premier accès. « Il est bien évident, dit LEGRAIN, que, l'accès terminé, le terrain reste ce qu'il était auparavant, autrement dit, l'aptitude à délirer une deuxième, une troisième fois, reste toujours la même. »

Cette possibilité de récides constitue l'un des arguments qui ont permis à certains auteurs d'assimiler les bouffées délirantes à la psychose maniaque-dépressive. Nous examinerons dans le prochain chapitre la valeur de cet argument.

DIAGNOSTIC

La complexité, le polymorphisme du tableau clinique, la présence de multiples symptômes qui s'intriquent de façon si diverse, le manque de systématisation, l'aspect impénétrable et incohérent du délire, tous ces éléments de la symptomatologie des bouffées délirantes qui les font ranger d'emblée dans le cadre des états délirants chroniques, expliquent la difficulté de leur diagnostic. Et cette difficulté est d'autant plus grande chez l'adolescent que le jeune âge du sujet tend davantage à faire admettre, *a priori*, l'éventualité de la démence précoce. Eliminer cette affection en présence d'une bouffée délirante constitue en effet un problème des plus ardu, qui se pose avec une grande fréquence. Nous en avons la preuve dans la lecture des certificats d'internement de nos malades qui portent d'une façon constante la mention « hétérophrénie ». Dans ce chapitre, nous étudierons cet important problème qui se confond d'ailleurs avec celui du pronostic, et nous essaierons de dégager les éléments du diagnostic. Puis, dans une deuxième partie, à cause de la prédominance possible de troubles de l'humeur ou de signes confusionnels, nous chercherons à différencier les bouffées délirantes des autres psychoses curables (psychose maniaque-dépressive et confusion mentale).

BOUFFEE DELIRANTE ET DEMENCE PRECOCE

La démence précoce simple avec indifférence, inactivité, bizarreries du comportement, etc... n'a évidemment aucun point commun avec la bouffée délirante. C'est la forme délirante, l'hétérophrénie délirante de ROGUES, de FURSAC et de DIDE et GUIRAUD, qui nous intéresse ici, et tout spécialement l'aspect que revêt cette affection au début de son évolution.

Le début brusque de la bouffée délirante permet en prin-

cipe une différenciation facile. Mais la démence précoce peut se présenter avec un début brutal marqué par un état psychopathique aigu : ainsi REGIS décrit une psychose aiguë confusionnelle, se manifestant par une agitation pseudo-maniaque paroxystique violente, et se terminant par la démence. Il est fréquent également de rencontrer au début de l'affection des états d'excitation maniaque, des états dépressifs ou des états de délire incohérent à type oniroïde. Mais ces états dont nous allons étudier les particularités n'apparaissent en général pas avec la même brusquerie que les bouffées délirantes; en étudiant le comportement du malade pendant les mois qui ont précédé l'apparition des troubles mentaux, on constate très souvent l'existence de troubles de caractère (impulsivité, colères, irritabilité), de l'humeur (inquiétude ou, au contraire, désintérêt, indifférence) ou de l'activité intellectuelle. Il y a cependant des exceptions; d'autre part, on peut voir quelques bouffées délirantes se présenter avec une phase d'incubation assez longue (quelques semaines).

La présence de symptômes confusionnels est un bon indice de curabilité, mais on sait que REGIS fait de la démence précoce une confusion mentale chronique; HEUYER insiste sur la fréquence des épisodes confusionnels d'apparence toxi-infectieuse, précédant l'apparition d'une démence précoce : on peut observer dans ce cas des formes oniriques, confuso-oniriques ou confusionnelles simples. L'allure est souvent cyclique avec un début à type dépressif anxieux ou maniaque, une période d'état avec intensité de l'atteinte organique, une phase de terminaison généralement favorable. La bouffée confusionnelle a cependant un aspect atypique qui doit attirer l'attention : elle s'accompagne de réduction affective, de sourires inadéquats, de discordance, survenant par intervalles; mais c'est surtout vers la fin de la poussée que ces symptômes s'accroissent et deviennent nets; le début peut revêtir un aspect tout à fait banal.

Toutefois, dans la bouffée délirante, les signes confusionnels sont rarement au premier plan et sont alors toujours passagers. La présence de légers signes confusionnels, d'un onirisme nocturne et reviviscent, et surtout l'existence d'une modification de la conscience, restent malgré tout de précieux arguments pour le diagnostic.

L'état affectif de la démence précoce diffère en principe totalement de celui de la bouffée délirante. Nous avons vu l'intensité des réactions affectives qui émaillent l'évolution de celle-

ci. Au contraire, il est classique de signaler l'indifférence, le désintérêt du dément précoce : il y a indifférence affective dans le domaine des sentiments, inertie affective dans le domaine des émotions, perte de l'élan dans le domaine des tendances instinctives. Si elle constitue un signe capital de la démence précoce, il est rare cependant de rencontrer cette inaffectivité complète; ainsi, on rencontre souvent des accès d'anxiété, mais le dément précoce reste toujours un « discordant affectif »; ses réactions affectives ne sont pas toutes adéquates ni motivées. Au contraire, fait important, il y a, dans les bouffées délirantes, concordance suffisante entre le délire, les émotions et les actes; et si l'on voit parfois une indifférence affective passagère, il ne s'agit pas d'une indifférence véritable mais d'un état de distraction dû à l'intensité des scènes dramatiques que vit le malade.

Il est fréquent de rencontrer, au début de la démence précoce, des états d'excitations maniaques, avec agitation, incohérence, bouffonnerie (psychose bouffonne des auteurs allemands). Mais ce sont des états d'agitation « à froid » caractérisés par une logorrhée incompréhensible avec peu d'association d'idées, même superficielle par la monotonie du thème délirant, la répétition des mots. L'élément de jeu n'est pas ou peu accompagné par un sentiment de gaieté. Le maniaque dément précoce n'est pas en contact avec la réalité, paraît absent, alors que nos malades étaient presque tous assez bien insérés dans le réel. Mais lorsque dans une bouffée délirante la mobilité est poussée au plus haut degré, lorsque les idées se succèdent avec rapidité, lorsque les états affectifs se heurtent et se mêlent, si, à ce tableau d'excitation maniaque vient s'ajouter de la confusion qui obscurcit les perceptions et détruit toutes les données fournies par le monde extérieur, si, en outre, des illusions sensorielles, des hallucinations attirent sans cesse l'attention du malade et le poussent à des actes en apparence immotivés, on pourra avoir sous les yeux un tableau analogue à celui de la démence précoce.

Nous pourrions faire les mêmes remarques pour les états dépressifs et anxieux de la démence précoce, qui s'accompagnent de dissociation, de « maniérisme douloureux », de réponses à côté, etc... Mais, le plus souvent, il s'agit de nuances cliniques difficiles à préciser : ainsi, nous avons signalé la possibilité d'états mixtes dans les bouffées délirantes; or, cette coexistence de symptômes de signification contraire peut être considérée comme révélatrice de discordance. De même, les états maniaques de la démence précoce sont souvent pauvres et stéréotypés. Mais le fond

de débilité qui caractérise la plupart de nos malades peut donner des caractères semblables aux poussées d'excitation qu'ils sont susceptibles de présenter.

Le délire que nous avons observé au cours des bouffées délirantes se rapproche du délire hétérophrénique par son polymorphisme, sa mobilité, son incohérence, son manque de systématisation. Ils sont tous deux « l'expression de la pensée affective ». Ils consistent tous deux en idées d'agressions extérieures, dues à la sensation d'étrangeté commune aux deux états délirants. On y trouve les mêmes processus intuitifs et imaginatifs. HEUYER, dans sa description du délire des déments précoces, écrit : « Ce délire absurde et incohérent est fait d'idées délirantes essentiellement imaginatives sur des thèmes de grandeur et de transformation, mobiles dans leur apparition, variables dans leur contenu, polymorphes dans leur évolution. » L'auteur semble faire la description du délire d'emblée. Cependant, celui-ci est en général plus polymorphe; il s'accompagne plus souvent d'états dépressifs et anxieux; ces réactions affectives sont motivées et plus intenses. Ce qui fait surtout sa caractéristique essentielle, c'est la mobilité extrême de son tableau clinique, ses incessantes modifications, son aspect désordonné et tumultueux, qui s'accompagne de ce trouble de la conscience sur lequel nous avons insisté. Au contraire, « le désintérêt vital » de l'hétérophrénique, l'impression qu'une moitié de lui-même regarde vivre l'autre, donne à son délire un aspect un peu particulier. C'est un délire « à froid », fait d'idées sans consistance, puériles, superficielles, contradictoires et absurdes. De plus, on trouve dans le mode d'expression de ce délire quelques caractères particuliers : le sens des mots s'étend à l'excès comme dans le langage infantile; des néologismes apparaissent à signification étendue ou imprécise, et, très rapidement, le langage est stéréotypé. Ces troubles du langage sont exceptionnels et très passagers dans les bouffées délirantes.

Ces deux ordres de délire sont rangés par BLEULER et ses élèves dans le cadre de la schizophrénie : en effet, ils sont pour lui l'expression de la « pensée déréelle », c'est-à-dire de la pensée « qui ne cherche plus à s'adapter à la réalité mais qui est au contraire détournée de celle-ci » (MINKOWSKI). Cette pensée déréelle réalise nos désirs et nos craintes, or, désirs et craintes décident du vrai ou du faux; c'est pourquoi toute idée délirante devient pour BLEULER une déformation malade de la croyance et une force particulière de la pensée déréelle. A

l'exposé trop succinct de cette théorie, on conçoit que l'on puisse ranger dans la même catégorie deux délires proches l'un de l'autre. On conçoit également l'extension considérable de la schizophrénie et la fréquence remarquable des guérisons observées chez les schizophrènes par certains auteurs suisses.

L'autisme, le désintéressement vital, la perte de contact avec la réalité, l'ambivalence, la discordance, « cette activité psychique parcellaire aboutissant à des manifestations qui contrastent avec l'expression générale, ordinaire du psychisme d'un individu » (CLAUDE), tels sont les symptômes qui doivent permettre de différencier le délire hétérophrénique du délire d'émblée. Mais ces manifestations, surtout au début de l'évolution, au moment où se pose avec le plus d'acuité le problème de diagnostic, ne sont pas toujours très apparentes et sont parfois masquées par un état confuso-onirique ou dépressif. De plus, la discordance peut être simulée au cours des bouffées délirantes par l'extrême rapidité de la fuite des idées, ou encore par un état mixte (association de signes opposés). Cependant, la remarque de CHASLIN que nous avons déjà citée reste exacte : il y a presque toujours dans la bouffée délirante concordance suffisante entre les idées délirantes, les émotions et les actes.

Les signes de la série catatonique.

On rencontre parfois dans les bouffées délirantes quelques signes catatoniques fugaces : syndrome d'inertie, conservation des attitudes, stéréotypies, opposition, suggestibilité, échopraxie, écholalie, parasitisme mimique, barrages, mutisme, etc... Tous ces signes peuvent accompagner également les hétérophrénies délirantes, et entraînent ainsi par leur présence une difficulté de plus dans l'établissement du diagnostic. Mais, d'une part, il faut être sûr de l'authenticité de ces symptômes pour affirmer l'hétérophrénie-catatonie, d'autre part, le syndrome catatonique peut être symptomatique d'un état confusionnel, révélant ainsi une atteinte plus ou moins marquée de la région sous-corticale. Enfin, un état confusionnel un peu accentué peut simuler un syndrome catatonique. Dans les bouffées délirantes, ces symptômes sont en général fugaces mais on sait que le syndrome catatonique véritable évolue parfois par poussées et n'aboutit pas nécessairement à la démence. Le diagnostic est cependant facilité par le contexte clinique et par le peu d'importance que prennent le plus souvent ces signes catatoniques dans le tableau de la bouffée délirante.

L'évolution, les rémissions.

Aucun des caractères différentiels que nous avons étudiés n'a en lui-même de valeur absolue; tous peuvent être trompeurs, et c'est ce qui rend le diagnostic entre bouffée délirante et démence précoce, si délicat, car il est basé presque uniquement sur des nuances cliniques parfois subtiles et difficiles à exprimer. C'est aussi la raison pour laquelle on est réduit dans certains cas à attendre l'évolution pour préciser le diagnostic. Mais cette évolution elle-même constitue-t-elle un argument sur lequel on puisse se fier dans tous les cas? A côté de la bouffée délirante rapidement curable, MAGNAN, TARGOWLA, DUBLINEAU admettent la possibilité de délire polymorphe passant à la chronicité. Nous éliminons de parti pris cette éventualité d'ailleurs rare, car elle réalise alors une psychose paranoïde à début rapide; or, ces psychoses apparaissent exceptionnellement au moment de l'adolescence et nous concevons mal, à cet âge, d'autres états chroniques que l'hébéphrénie. A l'opposé, de nombreux auteurs ont décrit les rémissions de la démence précoce et ont confondu la plupart des délires polymorphes des dégénérés avec les poussées évolutives de l'hébéphrénie (1).

Au cours de ces rémissions, l'intégrité du niveau mental a souvent été mise en doute. Pour SERIEUX, les rémissions équivalent à une fausse guérison parfois très longue; elles réalisent alors de véritables intermissions (Gilbert BALLET). Pour MASSE-LON, les rémissions se produiraient surtout dans les formes catatoniques et hébéphréniques; elles ne sont jamais complètes. DENIS et ROY estiment que, malgré un aspect parfois favorable, seuls, en réalité, les phénomènes délirants disparaissent; il subsiste toujours quelques signes de chronicité : irascibilité, allures affectées et bizarres, maniérisme, tics, etc... SEGLAS et LOGRE présentent, en 1911, un état démentiel, terminaison de nombreux accès maniaques atypiques. DUPRÉ est le seul à admettre la guérison absolue dans les rémissions. Pour Gilbert BALLET, au contraire, la diminution intellectuelle est la règle. Enfin, récemment, en 1935, HEUYER et DUBLINEAU (2) ont étudié à nouveau les rap-

(1) Nous n'envisagerons pas non plus l'éventualité, à notre avis impossible à concevoir, d'une démence précoce succédant à une bouffée délirante. Une psychose ne se transforme jamais en une autre psychose; c'est là un principe qui ne souffre guère d'exceptions.

(2) HEUYER et DUBLINEAU : Progrès Médical, du 8 juin 1935.

ports entre bouffées délirantes de MAGNAN et poussées évolutives de la démence précoce et ont décrit les rémissions qui suivent ces poussées.

Ces auteurs n'admettent pas la *restitutio ad integrum* au cours de ces réunions; pour eux, et nous adoptons leur opinion, il persiste toujours des signes résiduels. Ce sont ces signes résiduels qui vont permettre de distinguer une bouffée délirante guérie d'une démence précoce en rémission. Dans toute hébéphrénie, il existe un certain degré d'affaiblissement intellectuel d'ailleurs difficile à chiffrer : les réponses aux tests, en effet, sont dispersées et révèlent soit des bizarreries, soit des lacunes réelles. SIMON et LARIVIERE (1) pensent que l'affaiblissement intellectuel est surtout caractérisé par la perte du pouvoir de coordonner, d'utiliser un stock idéique persistant. Quoi qu'il en soit, au cours des rémissions, HEUYER et DUBLINEAU distinguent :

— *Des troubles résiduels dans la sphère intellectuelle* : bizarreries, lacunes dans les réponses aux tests. Ces troubles n'existaient pas dans nos cas. Les tests, bien que révélant fréquemment une débilité plus ou moins accusée, ont montré en effet un niveau mental qui semblait ne pas avoir fléchi. Les réponses étaient cohérentes, homogènes, non dispersées.

— *Des troubles résiduels dans la sphère de l'activité pragmatique* qui se dégagent de l'analyse du comportement au cours des rémissions : récupération sociale incomplète, activité irrégulière et parfois mal coordonnée, rendement moins bon, inactivité fréquente, etc... Il nous a été évidemment difficile d'avoir une opinion exacte sur la récupération sociale de nos malades; pourtant, d'après les renseignements que nous avons pu obtenir, il nous a semblé qu'elle était très satisfaisante : tous nos malades ont repris leur travail après leur sortie et ont conservé leur place pendant longtemps; leur comportement paraît avoir été tout à fait normal.

— *Des troubles résiduels dans la sphère affective* : indifférence extérieure, émotionnelle et affective, parfois remplacée par un état de doute et de perplexité. Nous n'avons pas retrouvé ces troubles chez nos malades, en particulier chez ceux que nous avons pu revoir récemment et examiner en ce sens.

Dans nos bouffées délirantes, la disparition totale de tous les

(1) SIMON et LARIVIERE : Etats du niveau mental dans la démence précoce. A. M. P., T. I, p. 497.

syptômes, la bonne récupération sociale, l'absence de tout trouble de l'intelligence ou de l'affectivité peuvent être considérés, à notre avis, comme des preuves suffisantes d'une guérison complète. Une nouvelle bouffée apparaissant plus tard se présentera sous le même aspect et guérira de même. Au contraire, au cours des rémissions de la démence précoce, la maladie demeure, « elle jettera le masque à l'occasion d'une poussée confusionnelle ou délirante nouvelle jusqu'à ce que se constitue définitivement l'état chronique et définitif ».

La guérison totale de l'accès délirant élimine donc *a fortiori* le diagnostic de démence précoce. Mais cette psychose délirante curable et susceptible de récidiver pose d'autres problèmes de diagnostic. En effet, la présence d'états d'excitation ou de dépression, la possibilité de récurrence, d'une part; l'existence de signes confusionnels, d'autre part, ont conduit de nombreux auteurs à préférer au diagnostic de bouffée délirante celui de psychose maniaque-dépressive ou celui de confusion mentale primitive.

BOUFFEE DELIRANTE ET PSYCHOSE MANIAQUE DEPRESSIVE

Alors que MAGNAN distinguait nettement son délire polymorphe d'avec la folie périodique, certains auteurs (Gilbert BALLET, LÉVY-VALENSI, LOGRE) intègrent la plupart des bouffées délirantes à la psychose maniaque-dépressive. Ils s'appuient dans ce but sur les deux arguments que nous avons déjà cités : présence d'un état d'excitation de type maniaque ou d'un état de dépression de type mélancolique, possibilité de récurrence. Il est certain qu'une étroite parenté unit les délires polymorphes à la psychose maniaque-dépressive. Nous croyons pourtant que, dans la majorité des cas, l'identification de ces deux psychoses n'est pas justifiée.

La fréquence des états d'excitation et de dépression constitue évidemment un argument de valeur en faveur de cette identification. En effet, la crise de manie ou de mélancolie, même lorsqu'elle est typique, comporte presque nécessairement une organisation délirante : les thèmes de persécution, d'auto-accusation ou hypochondriaque dans les états dépressifs avec anxiété, les thèmes d'influence, de grandeur ou de persécution, avec fabulation extemporanée dans les états d'excitation se rapprochent

beaucoup de ceux que l'on observe dans les bouffées délirantes. De plus, les hallucinations sont fréquentes et les psychoses périodiques présentent parfois des accès atypiques confuso-anxieux ou oniroïdes. Cependant, le symptôme dominant est toujours l'excitation ou la dépression : idées délirantes et confusion sont secondaires et restent contingentes. Au contraire, dans les bouffées délirantes, l'état délirant est au premier plan du tableau clinique. Le terrain associé à cet état n'est pas exclusivement maniaque ou mélancolique, il est parfois et mélancolique et maniaque et en même temps anxieux, réalisant ainsi un état mixte. Plus souvent, un état d'excitation fait suite à un état de dépression ou à une bouffée confusionnelle. Tous ces éléments se succèdent, s'intriquent sans ordre déterminé, l'un d'eux pouvant prédominer pendant un temps plus ou moins long. D'autre part, dans des cas assez nombreux, l'état maniaque ou dépressif se présente sous un aspect atypique, pauvre, stéréotypé; le contact avec l'ambiance est moins bon que dans la manie typique. Mais des aspects semblables peuvent se voir dans la psychose maniaque-dépressive lorsque cette psychose évolue sur un terrain dégénératif. Il est vrai, d'ailleurs, que ce terrain existe aussi à la base de la bouffée délirante. On conçoit, dès lors, « que, d'une part, les psychoses périodiques présentent un grand nombre de psychoses délirantes aiguës; que, d'autre part, le concept de psychoses délirantes aiguës ait tant de difficulté à s'ériger en entité indépendante de la psychose maniaque-dépressive » (H. Ey). Il n'en reste pas moins vrai que dans de très nombreux cas l'individualité de la bouffée délirante nous paraît certaine et qu'elle se différencie nettement de la psychose maniaque-dépressive. De plus, notre Maître, le docteur BRISOT, estime, contrairement à M. DELMAS, que cette psychose est excessivement rare chez les tous jeunes gens.

La possibilité de récurrence ne nous semble pas constituer un argument de grande valeur en faveur de la psychose périodique. En effet, il est fréquent de voir étiqueté périodique un malade qui présente un accès psychopathique pour la deuxième ou troisième fois. L'extension exagérée donnée à ce mot est une des causes de la fréquence un peu trop grande du diagnostic de psychose périodique, laquelle finit par englober des cas fort disparates. Déjà MOREL écrivait : « Je ne peux accepter pour des formes distinctes, pour des genres spéciaux, des situations pathologiques qui sont observées dans toutes les variétés de folie en général ». Et FALRET dit dans son ouvrage sur la folie circulaire : « On ne peut pas dire que l'intermittence dans les maladies mentales soit

de la périodicité ». Et ROUART, qui cite cette phrase dans sa thèse, ajoute : « Intermittent est devenu synonyme de périodique et périodique de maniaque-dépressif ». D'autre part, l'intermittence est un fait beaucoup trop général puisqu'il s'observe jusque dans les phénomènes biologiques pour qu'on puisse en faire un caractère spécifique de la psychose maniaque-dépressive. C'est pourquoi l'on ne peut ranger dans le cadre de cette psychose une bouffée délirante uniquement parce qu'elle est susceptible de récidive.

BOUFFÉE DELIRANTE ET CONFUSION MENTALE

Comme les psychoses périodiques, la confusion mentale primitive se présente rarement sans être accompagnée d'un système délirant plus ou moins bruyant (les états de stupeur exceptés). Mais ce système délirant est alors secondaire à l'état confusionnel, il est beaucoup moins polymorphe, beaucoup moins mobile et protéiforme. Il est exceptionnel de trouver dans la confusion mentale des états affectifs aussi intenses que dans la bouffée délirante. La confusion apparaît avant le délire et persiste après lui. Elle est constamment suivie d'une amnésie lacunaire évidente qui empêche le malade de raconter son délire. Enfin, on peut déceler en général, à l'origine de l'accès confusionnel, une cause toxico-infectieuse et les troubles mentaux qui s'accompagnent d'une atteinte somatique notable, le plus souvent absente chez nos malades. Cependant, il existe des états confusionnels qui ne s'accompagnent d'aucune manifestation somatique et ne peuvent guère s'expliquer que par une origine psychique. D'autre part, il faut noter dans la bouffée délirante un système délirant prédominant, alors que la confusion est secondaire et disparaît avant le délire; des signes confusionnels atténués parmi lesquels sont surtout fréquents l'onirisme nocturne et le trouble de la conscience. Enfin des troubles de l'humeur très importants, dont la présence donne au tableau clinique son aspect particulier. Mais cet aspect lui-même peut varier suivant l'importance plus ou moins grande que prennent les symptômes confusionnels. Si bien que, dans certains cas, ou plutôt à certains moments de l'évolution (en particulier au début), la bouffée délirante se rapproche beaucoup de la confusion mentale primitive.

Le même fait peut d'ailleurs s'observer dans les rapports de la bouffée délirante avec la psychose maniaque-dépressive. Certaines formes en sont très éloignées, d'autres très proches. Entre

ces trois psychoses curables : bouffée délirante, confusion mentale et psychose maniaque-dépressive, il semble bien qu'il n'y ait pas de frontières bien délimitées. De multiples formes de transition existent, dont le diagnostic, s'il expose à d'interminables discussions, n'est plus alors qu'une question de doctrine.

OBSERVATIONS

Nous avons expliqué dans le précédent chapitre pourquoi il nous avait semblé plus conforme à la réalité de réunir tous nos cas dans une même description, malgré quelques variantes dans le tableau clinique. En présentant ci-dessous les observations qui ont fait l'objet de notre travail, nous avons cependant préféré les grouper, suivant la prédominance, toute relative d'ailleurs, de tel ou tel symptôme, de tel ou tel groupe de symptômes.

Voici d'abord huit observations dans lesquelles domine une activité délirante mobile, floue et mal systématisée, et qui rappellent d'assez près les délires d'emblée de MAGNAN.

OBSERVATION N° I

Daniel B., entre à la Colonie le 23 août 1939.

Agé de 17 ans, il a une hérédité chargée : son père, décédé, était, paraît-il, de tempérament schizoïde. Du côté de sa mère, son grand-père était alcoolique, son oncle avait des idées de grandeur et passait pour fou. Mais lui-même a eu une enfance tout à fait normale : il a toujours joui d'une excellente santé, il a été en classe jusqu'à l'âge de 13 ans 1/2 (n'a pas eu son certificat d'études). A travaillé ensuite chez un marchand de charbon, puis dans une entreprise de papier, enfin, en dernier lieu, chez un imprimeur. Rien à signaler dans son comportement.

Les troubles mentaux sont apparus brusquement, sans aucun prodrome, le 11 août 1937, et semblent avoir eu pour causes provocatrices quelques libations et un choc émotif, dû à un accident de la rue au cours duquel il a failli être blessé. Cet accident l'a beaucoup frappé, il y pense toute la soirée et toute la nuit; il est inquiet, il ne dort pas et se demande si on lui en veut. Le lendemain matin, il ne va pas à son travail et suit sa mère partout (il avait l'air égaré, nous dit-elle, et semblait avoir peur de la perdre). Il va prendre un demi, qu'il trouve étrangement rose, puis essaye de

rendre visite à un de ses amis qu'il ne trouve pas chez lui. « Sûrement tout cela est fait exprès pour se moquer de lui. »

Le soir, sa mère lui donne des pilules pour le faire dormir; elles lui semblent bizarres et l'insomnie persiste. Le malade se sent agité, inquiet, croit qu'on veut lui faire du mal; s'imaginer que ce sont les pilules qui le rendent ainsi. En même temps, il manifeste une certaine suggestibilité, une certaine inertie, parle de moins en moins, se laisse guider entièrement par sa mère et ne la quitte plus. Comme son obnubilation, son anxiété augmentent, on le conduit à Lariboisière où il reste hospitalisé pendant trois jours : ne dormait pas, *voyait le jour toute la nuit*; devant ses yeux se déroulaient des scènes aux contours mal définis, sans signification précise. Interprétations multiples. Il avait l'impression, nous dit-il plus tard, de vivre dans un monde étrange, hostile, inquiétant, où tout agissait contre lui. Au bout de trois jours, Daniel B... est envoyé à Henri-Rousselle où on constate une obnubilation psychique profonde, avec réponses lentes et imprécises, inertie avec phases d'agitation et de turbulence confusionnelle, orientation mauvaise; lacunes mnésiques. Le 20 août 1939, malgré une légère tendance à l'amélioration, il est admis à Sainte-Anne avec le certificat suivant :

« Etat dépressif atypique. *symptomatique d'hébéphrénie probable*, bradypsychie, vagues idées hypochondriaques, imprécision des idées, réponses à côté, troubles de l'attention, désintérêt, vagues idées de persécution et d'influence : automatisme mental; épisodes d'agitation et d'anxiété, tentatives de fugues. »

Mais trois jours plus tard, à son arrivée à la Colonie, les troubles mentaux ont complètement disparu. L'état psychique du jeune Daniel B... semble absolument normal. Il ne manifeste aucune idée délirante, ne paraît ni déprimé ni anxieux. Il a une conscience parfaite de son état pathologique antérieur. Aucun trouble du comportement. Aucun déficit intellectuel : bon niveau moyen d'adulte, connaissances scolaires assez bonnes.

Quinze jours plus tard, de nouveaux troubles apparaissent, à type de dépression, avec tristesse, solitarisme, semi-mutisme, refus d'aliments, quelques vagues idées de persécution (a peur qu'on l'empoisonne) et quelques troubles sensoriels difficiles à préciser (on lui a mis des mouches dans les oreilles). Par moment, crises d'agitation anxieuse. Cet état persiste, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, mais sans modification symptomatique pendant tout le mois de septembre. Puis, à partir du mois d'octobre, les troubles mentaux s'amendent peu à peu : le délire flou et peu consistant, disparaît le premier et laisse la place à un état dépressif simple qui, lui-même, s'améliore progressivement. Au mois de novembre, le malade est revenu à son état normal, et le 25 février 1940 le jeune Daniel B... est rendu à sa famille. Depuis ce jour, comportement absolument normal dans tous les domaines.

Voici un cas avec récurrence au bout de deux ans. On remarque la sensation de flou, d'imprécision que donne le tableau clinique et la différence d'aspect des deux accès.

OBSERVATION N° II

José C..., âgé de 14 ans, entre à la Colonie de Vaucluse le 25 décembre 1936 avec le certificat d'internement suivant :

« *Psychose hétérophrénique probable.* Idées mélancoliques de persécution. Ses camarades le regardent de travers, refusent de jouer avec lui. S'accuse d'espionner les gens, se croit un bandit, un voleur, on doit le traiter de tel. Interprétations, transmission de pensées. Hallucinations probables de l'ouïe. Anxiété, idées de suicide. »

Antécédents : père débile, porteur de stigmates dégénératifs. Mère décédée d'hémorragies par rupture de varices. Cinq frères et sœurs, dont quatre sont bien portants. Un frère plus âgé, interné depuis un mois à la Colonie de Vaucluse pour une psychose d'apparence hétérophrénique.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels : enfant toujours bien portant, intelligent, ayant toujours eu un comportement normal.

Le début des troubles mentaux, qui a pu être fixé avec précision, remonte au 15 décembre, à la suite d'une visite faite à son frère alors interné; le malade a présenté des interprétations et une anxiété progressivement croissante, puis, au bout de trois ou quatre jours, une agitation anxieuse avec délire incohérent.

Conduit à l'hôpital Henri-Rousselle, il est dans un état de surexcitation et manifeste des idées délirantes de grandeur et de persécution : il espionne les gens, se croit bandit, voleur : « Je ne suis pas fou, je suis trop intelligent, je réfléchis trop, toutes sortes d'idées, etc... » A l'interrogatoire, réponses imprécises, à côté, troubles probables du cours de la pensée, syndrome d'influence : « Il n'entend pas positivement dire qu'il est un bandit, mais on le lui faisait savoir et comprendre ». De plus : fausses reconnaissances, légère activité de jeu.

A son arrivée à la Colonie, il se cache sous les draps, parle seul, est incohérent et discordant. Echolalie. Semble répondre à des interlocuteurs invisibles. Gâtisme.

Deux jours après son entrée, le 27 décembre, transformation brusque de l'état du malade après des visites : il mange seul, n'est plus gâteux, répond d'une façon cohérente, lit, parle à son voisin.

Mais à l'examen on constate quelques signes de la série catatonique : quelques sourires inadéquats et tics de la face, quelques

attitudes stéréotypées (se gratte continuellement les bords de la bouche), une certaine persévération des attitudes et une certaine suggestibilité. Il regarde au loin fréquemment, sifflotte pendant l'examen.

L'interrogatoire, qui est maintenant possible, révèle l'existence d'hallucinations, d'interprétations nombreuses, d'idées délirantes, parmi lesquelles dominent les idées de persécution et quelques idées d'auto-accusation. Ce délire est souvent extériorisé sous une forme dubitative et un peu puérile : « Il voulait jouer avec les autres enfants qui ne voulaient pas jouer avec lui. C'est le maître qui leur avait dit quelque chose sur lui, probablement qu'il était un bandit, probablement parce qu'il n'écoutait pas. On l'a retiré de l'école parce qu'il ne voulait pas apprendre. Ses camarades lui envoyaient de mauvaises odeurs; dans la classe, il entendait des voix qui le traitaient de bandit, et c'est peut-être vrai qu'il est un bandit! On devinait sa pensée par des gestes. Il croit que ses camarades le regardaient mal à cause du maître qu'il se reproche de n'avoir pas écouté et qui ne voulait peut-être pas de lui. Cela le rendait pensif et inquiet. »

Pas d'écholalie, pas de troubles de la mémoire. Bonne orientation. Le tableau délirant peu systématisé donne une impression de flou, d'imprécis, de « supposé ». Le malade semble parfois s'étonner de ses idées délirantes, bien que, d'autre part, il n'en rectifie aucune et ait une inconscience totale de son état pathologique.

Deux jours plus tard, le 29 décembre, l'amélioration se poursuit. Le malade reconnaît qu'il était persécuté par ses camarades, qui le traitaient, croyait-il, de bandit et de voleur. Il s'imaginait qu'on le regardait fixement. Les voix qui lui semblaient venir de ses camarades n'étaient pas des voix réelles, mais venaient de son cerveau. D'ailleurs, tout était changé autour de lui et cela le tourmentait beaucoup.

Il se souvient qu'il est tombé malade après être venu à la Colonie visiter son frère dont la maladie l'a beaucoup frappé.

Les sourires inadaptés, les gestes stéréotypés ont disparu. Il est parfaitement en contact avec l'ambiance et demande à lire et à s'occuper. Il paraît cependant encore un peu triste et préoccupé.

Le 8 janvier 1937, au moment de la quinzaine, José C... ne semble plus présenter aucun trouble mental. Il rectifie complètement ses idées délirantes et a conscience de son état pathologique antérieur.

Pendant les mois qui suivent, la guérison se maintient, son comportement est normal. Aucun trouble affectif, aucun trouble intellectuel. Le 8 avril 1937, il est rendu à sa famille qui, pendant deux ans, ne remarque chez lui rien de pathologique.

José C... travaille comme manœuvre dans une usine jusqu'au dé-

but d'août 1939. Brusquement, sans cause apparente, il se sent fatigué, ne pense qu'à dormir, ne parle plus. Il est interné pour la deuxième fois le 29 août 1939, avec le certificat suivant :

« Etat dépressif atypique avec inhibition psychique; brady-psychie, inertie, désintérêt (à toute question, répond : « Je ne sais pas »), inactivité, hallucinations auditives et psychiques, vagues idées d'influence et de persécution, hétérophrénie probable. »

Il arrive à la Colonie de Vaucluse le 31 août 1939, en plein état dépressif. Inertie, désintérêt apparent, inhibition psychique, répond à peine et très lentement aux questions qu'on lui pose, refus d'aliments justifié par des idées de suicide. Quelques vagues idées délirantes de persécution et d'influence, difficilement extériorisées : il entend des voix comme à la T.S.F. qui l'injurient et se moquent de lui; ce doit être des camarades qui veulent lui faire faire ce qu'il ne veut pas faire. Légère désorientation dans le temps, due peut-être à l'inhibition psychique.

Très rapidement, les troubles mentaux s'atténuent; en quelques jours, l'inhibition, l'inertie, les idées délirantes ont presque complètement disparu. Le malade a conscience de son état pathologique, mais reste encore un peu déprimé et se plaint de quelques troubles sensoriels.

L'état dépressif s'améliore progressivement. Les troubles sensoriels disparaissent au bout de quelques semaines et le malade sort le 16 février 1940. Depuis lors, il a repris son travail et mène une vie absolument normale. Revu récemment, il nous a paru être exempt de toute séquelle mentale.

OBSERVATION N° III

Maurice D..., âgé de 17 ans, entre le 14 janvier 1937.

Hérédité chargée : une tante paternelle a été internée deux fois; un cousin germain du côté maternel est interné à Ville-Evrard depuis deux ans; un frère déséquilibré déjà traité à Henri-Rousselle. Lui-même a toujours été bien portant. Intelligence moyenne, bon travailleur (margeur typographe).

A la fin du mois de novembre 1936, après quelques semaines de surmenage, est rentré un soir chez lui en disant : « Je suis qui a tué Salengro, on va tuer Blum. Bouchez tout! » Depuis, anxiété diffuse diurne et surtout nocturne; parlait seul la nuit, ne dormait pas, avait des sensations bizarres sur tout le corps, entendait des voix. Manifestait des idées délirantes de persécution (avait peur qu'on l'empoisonne); des idées de grandeur (prétendait être un parent de Mussolini et un nouveau réformateur, ses petites sœurs étaient des princesses); des idées hypochondriaques (croyait qu'il

allait mourir, que son cœur ne marchait pas). Ces idées délirantes semblent être apparues successivement en se chevauchant. En même temps, le malade présentait des troubles du comportement, de caractère variable, de l'excitation épisodique. Son état reste sans changement pendant un mois, comme en témoigne le certificat suivant, en date du 26 décembre 1937 :

« *Syndrome hébéphrénique*, évoluant depuis plus d'un mois, avec des idées délirantes polymorphes et désordre de l'expression et du comportement. Troubles du cours de la pensée. Autisme interrogatif. Barrages objectifs. Expression d'idées imprécises de persécution et d'influence. On a cherché à l'assassiner, il redoute l'action des rayons X et ultra-violets. Sentiment de transformation du monde et de sa propre personnalité, qu'il projette sur les autres. Se dit proche parent de Mussolini. Maniérisme, sourires immotivés et discordants. Tendance à la persévération des attitudes. Excitation, turbulence actuelle, probabilité hallucinatoire; comportement capricieux : aurait refusé de sortir de chez lui pendant 8 jours consécutifs. »

Le 27 décembre, le certificat immédiat de Sainte-Anne note seulement :

« *Syndrome hébéphréno-catatonique*. Gros troubles de l'affectivité, discordance, incohérence, laxité des associations, troubles cénesthésiques, vagues idées de persécution. »

Nous n'avons pas de renseignements sur l'évolution de l'état du malade pendant les 15 jours suivants, mais, le 15 janvier 1937, quand il arrive à Vaucluse, il est déjà très amélioré. Il raconte volontiers ce qu'il a ressenti pendant les semaines précédentes, mais avec un certain défaut de précision, révélant vraisemblablement quelques troubles mnésiques et par là un léger élément confusionnel surajouté. Il ajoute : « J'étais fou en arrivant à Sainte-Anne; tout ce que je disais n'a jamais existé. » Il a donc une conscience évidente de son état pathologique antérieur. Affectivité normale, pas de discordance, ne semble pas avoir de troubles cénesthésiques ou hallucinatoires. Est très calme. Mais reste un peu maniéré et a de temps à autre quelques sourires immotivés et quelques mimiques inadéquates.

L'amélioration se poursuit pendant les jours suivants. L'état mental à peu près normal du jeune Maurice D... permet de rechercher son niveau intellectuel qui est un peu insuffisant. Cette légère arriération mentale semble d'ailleurs avoir toujours existé, d'après les renseignements donnés par la famille. Au moment de la quinzaine, le docteur BRISSOT peut écrire le certificat suivant : « A présenté à son entrée un syndrome épisodique délirant à peu près complètement disparu à l'heure actuelle. Débilité mentale. Niveau mental de 13 ans et 8 mois. »

La guérison se maintient pendant les mois suivants et le ma-

lade peut être rendu à sa famille en avril 1937. Depuis sa sortie, il a mené une vie normale, et a repris son travail; il a été mobilisé en 1939 et l'est encore actuellement.

Il n'a présenté aucune récidive et, d'après sa famille, ne présente actuellement aucune séquelle de ses troubles psychiques.

OBSERVATION N° IV

Mario D..., âgé de 15 ans, entre à la Colonie le 8 novembre 1938.

— Dans les antécédents héréditaires, il semble y avoir une forte hérédité pathologique du côté paternel, mais il n'a pas été possible d'obtenir des précisions à ce sujet. Parents bien portants. Un frère plus jeune atteint de pleurésie tuberculeuse. Pas d'antécédents personnels. Enfance normale. A été en classe jusqu'au certificat d'études, auquel il ne s'est pas présenté. A travaillé ensuite dans une lunetterie puis dans un café des Halles. Caractère renfermé, peu affectueux.

— Les premiers troubles qu'a présentés le jeune malade sont apparus au printemps 1938. Il semble s'agir d'un léger état dépressif. Il s'isolait, parlait peu, paraissait préoccupé, restait inerte dans un fauteuil, manifestait une certaine instabilité, se disputait fréquemment avec son père pour des motifs futiles. Il a pourtant continué à travailler jusqu'aux derniers jours d'octobre 1938. Dans un café où il travaillait, il aurait alors « fait une crise et se serait roulé par terre » (?). Reconduit chez lui dans un état d'agitation extrême avec anxiété et désordre des actes, il manifestait quelques idées de persécution, d'empoisonnement, quelques idées hypochondriaques, qu'il semblait méditer depuis quelques jours, mais qui ont éclaté brusquement à ce moment. Admis à Henri-Rousselle le 3 novembre, le certificat d'internement note :

« *Psychose hétérophrénique probable en évolution. Désaffectivité filiale. Idées de persécution dirigées contre son père « qui en aurait marre de lui ». Se croyait empoisonné par ses parents. On le regardait toujours, on l'endormait, on mettait quelque chose dans ses aliments. Taciturnité habituelle. Solitarisme, autisme, inertie, anxiété. Croit qu'il va mourir. »*

L'état du malade s'est vraisemblablement modifié rapidement dans les jours suivants, et aux troubles précédents sont venus se surajouter des symptômes de la série confusionnelle et des troubles hallucinatoires, comme le témoigne le certificat immédiat de l'Asile clinique (6 novembre) :

« *Psychose hallucinatoire avec hallucinations auditives, onirisme terrifiant, troubles de l'attention, idées délirantes de persé-*

cution, d'influence, d'empoisonnement, interprétations d'actes et de paroles, insomnie, réactions anxieuses, sentiment d'étrangeté et d'hostilité du monde extérieur, accusations contre ses parents, vagues idées hypochondriaques, anémie, pupille en myosis. »

Beaucoup de ces troubles ont disparu quand, le 9 novembre, Mario D... est examiné à la Colonie de Vaucluse. Il rectifie partiellement ses idées délirantes : « Il était fou à l'hôpital Henri-Rousselle, il s'imaginait qu'on voulait l'empoisonner, qu'on l'électrisait; il ne croit plus que son père en avait marre de lui. Tout cela n'existe pas, c'est parce qu'il était malade. » Cependant, au cours de l'interrogatoire, le jeune malade reste immobile, indifférent, parfois méfiant, répondant mal et lentement aux questions. On a beaucoup de mal à fixer son attention. Et on constate de l'imprécision, du « flou » dans ses perceptions. Tout ce qui s'est passé pendant les dernières semaines lui paraît estompé et un peu irréel. Et maintenant encore « il y a des choses qu'il ne comprend pas, le monde est tout changé », dit-il. Il se rend compte qu'il est malade, mais cela lui paraît tout de même bizarre. Il se demande comment cela est arrivé et si on n'a pas essayé « d'agir sur lui ». Il garde un certain sentiment d'étrangeté du monde extérieur et il conserve quelques idées hypochondriaques mal définies et peu consistantes.

L'amélioration constatée dès le premier jour a persisté et s'est confirmée au moment de la quinzaine et le docteur BRISSOT signe le certificat suivant :

« Bouffée délirante en voie d'amélioration et à teinte hétérophrénique. Troubles de l'attention disparus. Moins solitaire. Rectifie ses idées hypochondriaques, ses idées d'empoisonnement, mais conserve quelques idées d'influence mal définies et quelques idées de persécution vis-à-vis d'une voisine. A maintenir. » (24 novembre 1938.)

Dans le courant du mois de décembre, il ne persiste de Mario D... qu'une anxiété légère et qu'un léger sentiment d'étrangeté qui eux-mêmes disparaissent. Mais, le 20 mars 1939, apparition d'un nouvel accès dépressif avec recrudescence de l'anxiété : Le malade reste sans bouger dans son lit, ne parle pas, répond difficilement aux questions qu'on lui pose, extériorise mal son délire. « L'estomac me brûle, on a dû me mettre de l'alcool dans mes aliments, alors j'ai l'estomac plein d'alcool. J'ai du mal à respirer, les yeux me piquent, ce doit être à cause des rayons. On en veut à ma petite sœur, on la bat. » Il n'affirme pas ses idées délirantes, qui sont floues et mal systématisées.

Les jours suivants, apparition d'hallucinations auditives : il entend la voix de son frère qui lui parle et il converse avec lui. Puis apparition d'onirisme (il voit en face de lui sa sœur qui fait du mal à un de ses petits camarades), avec illusions de fausse

reconnaissance probables : il croit nous avoir vus nous promener avec son père.

Tous ces troubles, assez mal caractérisés, toutes ces idées délirantes, exprimés le plus souvent sous forme dubitative et sans conviction, sont très mobiles, et se transforment d'un jour à l'autre. Peu à peu, ils s'atténuent. Et, vers la fin du mois d'avril, seul persiste un simple état dépressif peu prononcé qui va lui-même s'améliorer rapidement. Au mois de mai, on envoie le jeune malade au quartier des travailleurs, où il donne toute satisfaction. Pendant les mois suivants, il part, à plusieurs reprises, en permission dans sa famille. Et la sortie est accordée le 12 mars 1940. Mario D... ne présente plus aucun trouble ni aucune séquelle mentale. L'affectivité, l'intelligence sont normales. Depuis sa sortie, il travaille et mène une vie normale dans sa famille qui n'a plus constaté aucun trouble de caractère.

Voici une observation remarquable par la complexité du tableau clinique dans lequel se mêlent, se succèdent, se chevauchent des idées délirantes multiples, des troubles de l'humeur, des bouffées oniriques et confusionnelles.

OBSERVATION N° V

René G..., âgé de 16 ans, entre à la Colonie le 19 novembre 1939.

— Peu de choses à noter dans les antécédents héréditaires, sinon un grand-père alcoolique.

— Enfance normale. Intelligence plutôt au-dessus de la moyenne. Se préparait à entrer dans une école normale primaire.

— Les premiers troubles mentaux sont apparus à la fin du mois d'octobre. A cette époque, le jeune malade, très impressionné par les hostilités, est devenu assez brusquement inquiet, tourmenté, et a présenté de nombreuses interprétations délirantes avec idées de persécution. A l'école, il lui semblait qu'un de ses camarades était le fils d'un député et que ce camarade le prenait pour un espion. Dans la rue, les gens le regardaient d'une manière bizarre; il croyait que toutes les lumières étaient contre lui. Lors d'une alerte, il avait l'impression que tout le monde le regardait, qu'on le touchait, qu'on l'observait; il a eu ce jour-là une altercation avec son père parce qu'« on lui avait transformé son masque ». Présentait à ce moment un certain état d'excitation verbale : logorrhée, grossièretés, injures et menaces envers l'entourage. Puis le jeune René G... a passé par une phase dépressive avec tristesse, idées de suicide, auto-accusation, idées hyponchondriaques.

A Henri-Rousselle : Très anxieux, veut mourir, il entend des voix qui lui disent qu'il est un hypocrite. Agitation par instants.

— Admis à l'asile clinique, il est l'objet, le 17 novembre, du certificat suivant : « *Démence précoce au début*. Idéation confuse, hallucinations probables, idées hypochondriaques et de persécution, alternatives d'excitation et de dépression. »

— A son arrivée à la Colonie, il se montre calme et docile. Mais il manifeste encore, avec un peu d'anxiété, quelques idées hypochondriaques (croit avoir été châtré parce qu'il a été opéré d'une double hernie inguinale), et quelques idées de culpabilité et d'auto-accusation (« j'étais hypocrite et méchant avec mes parents; je ne le ferai plus »). Il a aussi quelques interprétations : il y a un camarade qui le regarde d'une façon étrange; il entend des infirmiers qui disent du mal de lui en passant devant son lit. De plus, il se montre inquiet, tourmenté par des problèmes philosophiques : se demande ce qu'est le devoir, la volonté, etc... Ne semble pas avoir de phénomènes hallucinatoires.

— L'état du malade est stationnaire jusqu'au milieu du mois de décembre avec, peut-être, une légère tendance à l'amélioration. A ce moment débute une phase de grande agitation : Le malade ne cesse de parler d'une façon incohérente. Cette incohérence se manifeste aussi par les actes : il urine exprès dans son lit en disant : En ce moment, il faut tout supporter ». Gestes obscènes : il se lève de son lit et entre dans celui de son voisin en disant, pour justifier son acte : « L'amour est entré dans mon cœur ».

— A l'interrogatoire, grande incohérence, au milieu de laquelle on arrive cependant à distinguer quelques idées d'auto-accusation (« j'étais bon élève, mes parents ne savaient pas que je trichais, que je les ai trompés, on me jugeait sur les apparences »). Des idées de persécution (« ils me regardent tous, ils me suivent, ils me parlent d'un méchant homme qu'il faut tuer; je crois que c'est moi »). Quelques idées érotiques (« j'étais amoureux de la fille de celle que j'appelle ma tante »). En parlant de son voisin de lit : « il est dans le milieu, il me montre le chemin, je suis à lui, mais je suis indigne de lui ». Il manifeste aussi quelques idées de grandeur (« je suis puissant, je connais toutes les langues, la langue de la conscience »). A ces idées délirantes multiples, qui se mêlent les unes aux autres, s'ajoute un sentiment d'étrangeté, de transformation du monde avec perplexité. Il répète souvent « c'est bizarre, c'est bizarre », « tout est changé », « je ne comprends pas », « ma voix n'est plus la même, je suis devenu le diable ». En même temps, toutes les perceptions semblent floues, estompées : « il y a comme un voile, je ne vous vois pas bien, je ne reconnais plus rien ». Quelques éléments oniriques viennent compléter le tableau : vision de figures, des scènes floues et incompréhensibles.

— Enfin, à certains moments, on a l'impression d'une excitation de type maniaque, en présence d'une certaine fuite des idées, de jeux de mots incessants, de la mobilité de l'humeur.

— L'état du malade reste stationnaire pendant une quinzaine de jours, puis l'excitation s'apaise peu à peu, les idées délirantes s'estompent, seuls, la perplexité, le sentiment d'étrangeté persistent pendant tout le mois de janvier 1940, puis disparaissent à leur tour.

— Le jeune René G... a pleinement conscience de son état morbide : « Il me semble, dit-il, que je sors d'un rêve que j'aurais fait tout éveillé. » Il constate cependant qu'il n'a gardé qu'un souvenir imprécis de certaines phases de sa maladie. Il ne présente aucun trouble affectif, aucune séquelle intellectuelle (niveau mental moyen d'adulte), et on ne trouve chez lui aucune trace de discordance. Il est envoyé pendant trois mois au quartier des travailleurs et est rendu à sa famille le 18 avril 1940. Depuis sa sortie, nous avons pu savoir que sa guérison s'était maintenue jusqu'à la fin de l'année 1940, mais nous avons malheureusement perdu sa trace depuis lors.

Voici un exemple de délire polymorphe, à évolution rémittente : on assiste, après un accès aigu, à une amélioration, qui fait penser à la possibilité d'une guérison, mais cette amélioration est interrompue par une recrudescence de tous les symptômes. L'observation VII est un autre exemple de cette évolution.

OBSERVATION N° VI

André M... entre à la Colonie, âgé de 14 ans, le 27 juillet 1933.

Antécédents héréditaires :

- Grand-père maternel alcoolique, mort d'une cirrhose.
- Père instable, de caractère changeant, sujet à des colères brusques immotivées. Décédé accidentellement.
- Mère bien portante mais très émotive. A eu 5 enfants bien portants et 3 fausses couches; aurait présenté une psychose puerpérale.

Antécédents personnels :

- Développement psycho-moteur normal; n'a jamais été malade. On signale seulement du somnambulisme par périodes.
- Par suite de fréquents changements de résidence de ses parents, n'a fréquenté l'école que par intermittence. A été placé à l'âge de 13 ans dans un patronage qui, au bout de quelque temps, l'envoie chez des paysans, dans la Corrèze.

— Au début du mois de juillet, après une courte période pendant laquelle il a présenté quelques troubles du caractère, violences, bris de vaisselle, fugues, et après un travail fatigant exécuté en plein soleil, les troubles mentaux débutent par une crise d'agitation extrême avec confusion complète des idées. Hospitalisé dans le pavillon des agités de Tulle, il en sort amélioré au bout de huit jours et est envoyé à la Pitié. A ce moment, conduite étrange, actes stupides, se lava les dents avec la balayette des W.-C., urine au milieu de la salle, range et dérange continuellement ses affaires; fait des pitreries toutes les nuits; paraît se donner en spectacle. Conduit à Henri-Rousselle, il est interné le 21 juillet 1933 avec le certificat suivant:

« Excitation, bavardage continu, cris, chants, hurlements, idées délirantes inconsistantes, thème ambitieux habituel : il va réformer le monde, faire arrêter le gens qui veulent faire sauter Paris et l'usine à gaz de Saint-Denis. Gesticulation, dénudation, laceration de literie, bris de matériel, violences, grimaces, rires, fugues. *Hébéphrénie probable.* »

— Arrivé à la Colonie, André M..., dont l'état s'est rapidement modifié, est calme et bien orienté : l'excitation a complètement disparu et a même fait place à une très légère dépression. Le comportement est sensiblement normal. Le malade répond correctement et même avec vivacité aux questions qu'on lui pose. Il nous raconte qu'il était excité par la chaleur, qu'il chantait et hurlait : il avait de drôles d'idées, il croyait qu'on voulait faire sauter Paris, l'usine à gaz de Saint-Denis et qu'il était là pour empêcher ce malheur. Il se rend compte maintenant que « tout cela, c'est des bêtises ». Cependant, son récit est assez vague et imprécis, et il semble que les souvenirs portant sur cette période soient incomplets et manquent de netteté. De plus, il persiste quelques idées hypochondriaques : il ne peut pas respirer dans sa chambre, il digère mal, etc... Enfin par instants, très fugitifs d'ailleurs, son regard donne une impression d'égarement et de perplexité anxieuse.

— A l'examen : l'état général est bon. On constate l'existence de gros stigmates dégénératifs. Le niveau intellectuel est normal (14 ans), mais le malade ne possède que des notions scolaires restreintes.

— L'amélioration se poursuit les jours suivants, et le 10 août, au moment du certificat de quinzaine, on peut envoyer André M... au quartier des travailleurs.

— Le 22 août apparaît brusquement une crise d'excitation que rien ne faisait prévoir. Après une nuit d'insomnie, le malade présente en effet une violente agitation avec impulsions clastiques et logorrhée incompréhensible. Attitude anxieuse : essaie de se cacher comme s'il assistait à un spectacle effrayant.

— Le 25 août : amélioration nette, agitation en décroissance, mais le contact avec le malade est très difficile à obtenir.

— Le 1^{er} septembre : logorrhée incohérente. Le malade est plus calme mais très anxieux, presque pantophobique. Il sent de mauvaises odeurs, on veut lui faire du mal, lui scier les jambes. Il réclame d'une voix pathétique qu'on le sauve, qu'on lui fasse une ponction. Redoute de rester seul.

— Cette anxiété cesse au bout de deux jours. La logorrhée disparaît et le malade reste calme et lucide jusqu'au 9 septembre. Dans la soirée, nouvelle crise d'agitation. Pendant la nuit, s'est promené dans la salle en chantant et proférant des mots grossiers et sans suite.

— Le 10 septembre : l'excitation persiste. Le malade n'est plus anxieux comme il l'était dix jours auparavant. Il est, au contraire, euphorique : cris, rires, chants, coprolalie, paroles sans fin, qui permettent de reconnaître, difficilement, une certaine fuite dans les idées. Léger contact avec l'ambiance. Par moments s'extériorisent quelques idées délirantes fugitives et très variables : « Je vais tout changer... je vais réformer le monde... » A un autre moment : « Je suis un dégoûtant... on va m'emprisonner », ou bien : « Je suis dans la lune... et dans le soleil... la terre n'existe plus... »

— Très rapidement, tous les symptômes disparaissent. Le 15 septembre, André M... est calme et n'est plus incohérent. Il reconnaît « avoir déraillé » ; il ne se souvient plus de tout ce qu'il a dit. Il se rappelle seulement qu'il avait la sensation « d'un monde tourbillonnant à toute vitesse, l'entraînant dans son mouvement et l'obligeant à parler sans arrêt. Tout était troublé et voilé. »

— Le 25 septembre, il va au quartier des travailleurs et passe au service du fleuriste de la Colonie. Il y travaille régulièrement pendant trois ans, donnant toute satisfaction.

— Le 12 mars 1937, André M... est rendu à sa famille et entre comme jardinier dans une propriété privée. En 1939, il est mobilisé et nous ne savons depuis lors ce qu'il est devenu.

OBSERVATION N° VII

Henri T..., âgé de 16 ans, entre à la Colonie le 22 août 1939 avec le certificat d'internement suivant :

« Excitation psychique confusionnelle avec désorientation probablement *symptomatique d'une schizophrénie en évolution* : fuite des idées, mobilité de l'humeur, grimaces, sourires immotivés, automatisme mental, suggestibilité, agitation, impulsivité, désinté-rêt, indifférence. »

— Rien à noter dans les antécédents héréditaires et collaté-

raux du malade, si ce n'est une atrophie du nerf optique chez un frère âgé de 19 ans.

— Lui-même a eu une enfance normale. A 10 ans, pleurésie séro-fibrineuse bien guérie. Depuis lors, n'a jamais été malade. A été en classe jusqu'à 13 ans et a été reçu au C.E.P. avec mention bien. A travaillé ensuite pendant quatre mois dans un garage, puis dans un atelier de modelage sur bois. Enfin, depuis deux ans, travaille dans un atelier de tôlerie. A toujours eu un comportement normal. Enfant travailleur, gai et affectueux.

— Au moment du 14 juillet 1939, jouant dans un orchestre, Henri T... ne dort pas pendant quatre jours et fait quelques excès alcooliques. Les pétards du 14 juillet lui semblent bizarres et l'effraient, il se demande si ce ne sont pas des coups de revolver.

— Le 15 juillet, il essaie de reprendre son travail, mais, très fatigué et très énervé, il est obligé de rentrer chez lui. A ce moment commence une période d'insomnie et d'excitation psychique croissante. Pour des motifs futiles, il se dispute avec un ami à qui il fait des reproches incohérents. Il se met en colère contre ses parents et manifeste une certaine opposition à leur égard. Parle toute la journée. Ne dort pas. Trouve que tout est bizarre autour de lui. Onirisme nocturne : assiste à des scènes effrayantes. Il se demande avec anxiété ce qui va arriver, se plaint qu'on lui en veut : « Il y avait des gens qui lui criaient des injures toute la journée. On lui mettait une cagoule sur la tête; ça sentait l'éther, on lui envoyait des rayons électriques qui venaient de partout. » Mais tous ces phénomènes étaient assez imprécis : « C'était comme dans un rêve », dit-il.

— Cet état s'aggrave progressivement et entraîne l'hospitalisation du malade à Henri-Rousselle, puis son internement. Mais à son arrivée à la Colonie, le 22 août, les troubles mentaux ont complètement disparu. L'état mental de Henri T... semble absolument normal : il a parfaitement conscience de son état pathologique antérieur. Il raconte bien son histoire, fait la critique de ses idées délirantes, hésitant même à les exposer : « C'est idiot, dit-il, ça n'existait pas ». Pas d'inertie, pas d'indifférence.

— Intelligence normale : niveau moyen d'adulte. Bonnes connaissances scolaires.

— Le 2 septembre, le jeune malade est repris un peu prématurément par sa famille, et à la fin du mois de septembre, les troubles mentaux réapparaissent : insomnie, opposition envers les parents, anxiété diffuse, sensation d'étrangeté, hallucinations auditives (injures, reproches, etc...); quelques idées confuses de persécution (on l'a martyrisé à Sainte-Anne, on lui fait voir du cinéma). Alternatives de dépression et d'excitation psycho-motrice, avec propos décousus, bavardage incohérent. Quelques signes apparents de discordance : sourires immotivés; comportement inadéquat.

— Henri T... est à nouveau interné le 12 octobre et arrive à la Colonie le 18 octobre : aspect inquiet et un peu égaré. Attitude bizarre, raidie, dit qu'il entend des sirènes et qu'il sent l'odeur des gaz. On lui demande ce qu'il sent, il répond : « C'est toujours question de tabac et de cigarettes empoisonnées. » Propos incohérents et incompréhensibles. Puis il répète à plusieurs reprises, avec un air perplexe : « Je ne comprends pas, je ne comprends pas... » Agitation nocturne qui cède rapidement en même temps que cèdent les autres troubles mentaux. En effet, au moment du certificat de quinzaine, le 2 novembre, le docteur BONNIS, remplaçant le docteur BRISSOT, note :

« Paraît avoir présenté une bouffée délirante avec éléments maniaques et confusionnels. Très amélioré. »

— Cette amélioration persiste, et vers la fin du mois de novembre, Henri T... semble être revenu à son état normal. Il n'y a plus trace de discordance. Le malade est en contact parfait avec l'ambiance. Affectivité normale. Il persiste seulement une certaine inquiétude quant à la récurrence possible des troubles mentaux, inquiétude parfaitement compréhensible d'ailleurs et pouvant même être considérée, dans une certaine mesure, comme la preuve de l'intégrité mentale du sujet.

— Henri T... sort le 2 avril 1940 et a mené depuis lors une vie absolument normale. Il a repris sa place dans l'atelier de tôlerie que sa maladie lui avait fait quitter, a subi sans inconvénient les fatigues et les bombardements de l'exode et a repris, en août 1940, son travail qu'il n'a plus quitté depuis.

Le cas suivant diffère un peu des précédents. On n'y trouve pas, en effet, une aussi grande complexité symptomatique. Il s'agit d'un état délirant d'aspect mélancolique, d'allure atypique, à évolution moins rapide, coupée par des accès d'excitations et des états oniriques.

OBSERVATION N° VIII

André A..., âgé de 17 ans, entre à la Colonie le 24 septembre 1940, avec le certificat d'internement suivant :

« Etat anxieux *symptomatique d'une psychose hébéphrénique en évolution*. Désaffectivité filiale, violences envers son père, crises névropathiques, cris, instabilité motrice, bizarreries de l'attitude, turbulence, déambulation, indocilité, exigences, cherche à se sauver, grimpe à l'imposte. Frayeurs nocturnes. Inertie et demi-mutisme à d'autres moments. » 16 septembre 1940.

— Pas d'antécédents héréditaires connus. Pas d'antécédents personnels : enfant toujours bien portant, mais nerveux et coléreux. A été reçu au C.E.P. et a suivi ensuite des cours complémentaires commerciaux. Travaille actuellement comme clerc chez un notaire. Aspect physique de dégénéré avec teinte de débilité.

— André A... a subi un choc affectif en juin 1940 à l'occasion d'un acte de pédérastie passif et actif : un camarade l'avait entraîné chez lui, il s'est laissé faire, puis, sur la demande du camarade, il a passé lui-même à l'action. Le souvenir de cette scène l'a beaucoup tourmenté; il accuse peu à peu des idées mélancoliques de culpabilité et d'indignité. Traité à l'hôpital d'Argenteuil, puis pendant deux mois à l'hôpital Henri-Rousselle : état psychasthénique avec anxiété. Amélioré, il reprend son travail à la fin du mois d'août. Mais l'amélioration dure peu. Le malade s'agite, devient anxieux, violent vis-à-vis de son père. Et son état nécessite à nouveau son hospitalisation à Henri-Rousselle au début de septembre. L'agitation persiste, le malade reste très anxieux et présente un léger degré de confusion avec onirisme : il voit le diable, il l'entend parler et le sent agir sur lui; le diable lui reproche ses actes de pédérastie et sa mauvaise conduite vis-à-vis de ses parents et le menace des enfers. Il entend aussi d'autres voix qui le traitent de fille. Il s' imagine que le diable va prendre possession de lui.

— Ce paroxysme anxieux et hallucinatoire dure peu, puisque, à son arrivée à la Colonie le 29 septembre, le jeune André M... semble très amélioré. Très calme, il répond bien à l'interrogatoire. Il expose les symptômes qu'il a présentés en s'exprimant au passé, et a une conscience relative de son état pathologique : « Je croyais que le diable me menaçait et me gouvernait... je croyais que les gens me traitaient de fille, je croyais entendre une voix, mais elle n'existait que dans mon imagination. »

— Bonne orientation temporo-spatiale, pas de troubles mnésiques, plus d'hallucinations auditives ni d'onirisme. Mais il persiste encore quelques idées délirantes d'auto-accusation et d'indignité, se rapportant à l'acte de pédérastie subi en juin dernier : « Je suis indigne de mes parents, je suis trop coupable, on ne peut pas me pardonner, etc... » On note également un léger état dépressif et peut-être quelques légers signes d'ambivalence. Ainsi le malade nous dit : « J'aime beaucoup mon père, il est si bon... », et presque aussitôt après : « J'ai essayé de le battre, c'est lui qui est responsable de ce qui m'arrive. »

— Tous ces troubles d'ailleurs s'atténuent rapidement et à la fin du mois d'octobre les idées délirantes ont complètement disparu, de même que l'état dépressif. Le comportement du jeune André A... est normal. Il ne semble plus y avoir de traces de l'épisode délirant, et la sortie est accordée en novembre.

Voici maintenant quatre observations dans lesquelles, à côté du délire, se manifestent des états d'excitation ou de dépression très marquée. En même temps, des signes confusionnels apparaissent ou disparaissent et prennent plus ou moins d'importance au cours de l'évolution.

OBSERVATION N° IX

Lucien B..., âgé de 16 ans, entre à la Colonie de Vaucluse le 8 novembre 1937.

— On a peu de renseignements sur ses antécédents héréditaires : le père aurait fait quelques excès de boisson, serait très nerveux. La mère semble être une déprimée constitutionnelle.

— Enfance normale. Garçon intelligent; a passé avec succès son C.E.P. à l'âge de 13 ans. Entre ensuite comme apprenti dans une bijouterie où il donne toute satisfaction à son employeur. Son comportement a toujours été normal.

— Les troubles mentaux sont apparus assez brusquement aux environs du 15 octobre 1937, et ont débuté par une inquiétude vague et des interprétations. Il était très préoccupé par son travail, croyait que son patron était mécontent de lui, s'imaginait que c'était lui qui était en cause toutes les fois qu'on téléphonait. Quelques idées de persécution : on lui a réclamé indûment du platine, on lui veut du mal, etc...

— A la maison, parlait beaucoup et était incohérent; il se lavait la bouche continuellement sans qu'on puisse savoir pourquoi.

— Au bout de quinze jours, on l'envoie à Henri-Rousselle, et après quelques jours d'observation, on l'interne avec le certificat suivant :

« Est atteint d'un état hypomaniaque, peut-être *symptomatique d'une psychose hétérophrénique* en évolution. Loquacité décousue avec idées asystématiques de persécution : tout le monde lui faisait des misères à son boulot, on le mettait en boîte, mais ils ont été pris dans le même piège que lui. On les a foutus à la porte, tandis qu'on lui donnait des vacances. Désaffectivité, bizarrerie de l'allure, dyssomnie. »

— Le 9 novembre 1937, à son arrivée à la Colonie de Vaucluse, l'état du jeune Lucien B... s'est modifié : « Présente actuellement un état dépressif avec indifférence et apathie. Semble avoir eu antérieurement un accès délirant avec excitation, vagues idées de persécution et manifestations hypochondriaques. Un peu réticent, mais très calme, intelligent et instruit. Le diagnostic d'hétérophrénie ne semble pas se confirmer. » (D^r BRISSET.)

— L'état reste stationnaire pendant trois semaines : le malade est indifférent à ce qui l'entoure; inerte dans son lit, il répond correctement aux questions qu'on lui pose, mais le plus brièvement possible, avec un certain retard et une réticence manifeste : il élude en particulier tout ce qui touche ses idées délirantes qui ne semblent plus actives, mais qui persistent cependant, il en parle avec conviction, mais au passé. Pas de troubles de l'affectivité (le malade veut retourner chez lui, demande sa famille et pleure quand elle vient le voir).

— Pas de troubles sensoriels, pas d'affaiblissement intellectuel : bon niveau moyen d'adulte aux tests B.S. Bonnes connaissances scolaires.

— Peu à peu, on assiste à une amélioration nette : Lucien B... devient plus vif, moins indifférent, il commence à prendre conscience de son état pathologique antérieur et fait la critique de ses idées délirantes, d'abord sous forme dubitative, puis sous forme affirmative. Par moments il présente encore une légère anxiété consciente et transitoire qui ne tend pas à disparaître complètement.

— Le 15 décembre on peut le transférer dans un quartier de travailleurs, et le 27 janvier 1938 il est rendu à sa famille.

— Depuis lors, d'après les renseignements qui nous ont été donnés récemment, Lucien B... a repris son travail et sa vie habituelle. Son comportement semble normal et il ne reste aucune trace de sa maladie.

OBSERVATION N° X

Claude L... âgé de 16 ans, entre à la Colonie le 26 septembre 1938.

— Hérité chargé : grand-père maternel épileptique; arrière-grand'mère internée pendant six ans; père très nerveux, tempérament psychasthénique.

— Lui-même a eu une enfance délicate : convulsions à 3 ans, développement physique difficile, caractère irritable et instable. Mais son intelligence était normale : il a été reçu au C.E.P. à 12 ans avec mention bien. Menait une vie calme et régulière. Les troubles mentaux sont apparus assez brusquement quinze jours avant son internement, alors qu'il était coursier chez un maroquinier : il faisait mal son travail, se trompait sans arrêt, paraissait égaré. Ayant quitté sa place, il entre chez un assureur, chez qui il ne reste qu'une journée (14 septembre). Le soir, il rentre chez ses parents très troublé, incohérent et agité. Il est conduit à l'hôpital Bichat, et, de là, à Henri-Rousselle. Il est agité, turbulent, rit et pleure sans motif, présente de la logorrhée incohérente, des fausses

reconnaisances. Le 19 septembre, il est l'objet du certificat suivant :

« Est atteint d'un syndrome d'excitation psycho-motrice. Attitude hypomaniaque; questionne au lieu de répondre, gesticule, chante, rit; bizarreries de l'attitude, inaffectivité filiale, réponses à côté, désordre du comportement, irritabilité et impulsivité, insomnie. *Début probable d'hébéphréno-catatonie.* »

— Deux jours après, l'état du jeune malade semble s'être modifié, comme en fait foi le certificat immédiat de l'Asile clinique :

« Etat confusionnel avec désorientation, confusion des idées, impulsivité, excitation psychique, possibilité d'épisodes oniriques, mobilité de l'humeur, turbulence, fond de déséquilibre mental avec instabilité. » (21 septembre 1938.)

— A son arrivée à la Colonie, six jours plus tard, Claude L... est toujours agité, turbulent, impulsif. On constate encore chez lui un état confusionnel marqué avec incohérence verbale : « J'ai trouvé un porte-monnaie, j'ai vu que les peaux avaient une grande valeur, c'est tout. Je me suis fait attraper ce jour-là parce qu'un jour on m'avait envoyé en course. M. Serge avait téléphoné. Depuis ce jour-là, ça n'a plus été, etc... » Ton monotone, rapide, indifférent. Ne semble avoir aucun souvenir du début de sa maladie. Désorientation dans le temps et dans l'espace : se croit à Clichy derrière une caserne. Ne sait pas la date du jour, A quelques fausses reconnaissances. Quant on l'interroge, il réfléchit quelques secondes, puis retombe rapidement dans son incohérence. Il a parfois l'air égaré, perplexe ou confus; à d'autres moments, au contraire, il a un aspect jovial, euphorique, et son incohérence s'émaille de jeux de mots, de plaisanteries du type maniaque. On constate également un peu d'opposition, de résistance, de négativisme.

Mais ces troubles disparaissent rapidement et cet état confusionnel avec excitation psycho-motrice s'améliore mais est suivi, au bout de quelques jours, d'un état dépressif avec mutisme, refus d'aliments, pleurs, anxiété. Cette phase dépressive dure peu et a complètement disparu à la fin du mois de décembre. Pendant tout le mois de janvier, l'état mental du jeune Claude L... semble normal : il n'a gardé qu'un souvenir très imprécis des semaines précédentes. Il se souvient seulement qu'il s'agitait beaucoup (« comme dans un rêve », dit-il), puis qu'il est devenu inquiet et triste sans qu'il puisse rapporter cette anxiété à une cause précise. Il se montre alors sous l'aspect d'un garçon affectueux et sensible, à l'intelligence vive et ouverte.

Mais au début du mois de février 1939, après une courte période prodromique (bizarreries dans les actes et dans les paroles, irritabilité, inquiétude), apparaît un syndrome d'excitation psycho-motrice du type maniaque : humeur très mobile, fond de jovialité avec plaisanteries incohérentes, jeux de mots sur la dernière syl-

labe d'une phrase prononcée devant lui. Agitation motrice, désordre des actes.

Le 11 février, alors que son état est stationnaire depuis cinq jours, on l'interroge :

D. — Qui sommes-nous?

R. — Le chef de la police (en riant) : Von Papen.

D. — Qui est ce monsieur?

Ne répond pas, imite le bruit du train. Logorrhée décousue et peu compréhensible. On répète la question :

D. — Qui est ce monsieur?

R. — Von Papen ou M. Citroën.

Puis il ne se préoccupe plus de ses interlocuteurs. Semble écouter autre chose. Quand on l'interroge sur les raisons de sa présence à la Colonie, il se dit très heureux, puis se met à parler en anglais incompréhensible. Il nous dit au revoir avec une emphase moqueuse. Le lendemain, il est toujours agité, il n'a pas dormi, mais a parlé et ri toute la nuit. Voici encore un exemple des conversations que l'on peut avoir avec lui :

— Comment vas-tu aujourd'hui?

— Très bien, monsieur le Président.

— Pourquoi m'appelles-tu M. le Président?

— Parce que je construis des camions (raconte une histoire d'autos incohérente). Hier, dans la baignoire, Renault m'a téléphoné. Ce couillon-là, il m'a dit merde. J'y comprends rien.

— Qui est Renault?

— Eh bien! c'est l'mec qui construit des autos, autos, totos, totons.

Se met à parler mi-anglais, mi-français. Parle à voix basse, semblant parfois répondre à un interlocuteur imaginaire (il existe peut-être quelques hallucinations, mais il semble plutôt s'agir d'une simple activité de jeu chez un maniaque). Il ne répond plus aux questions qu'on lui pose et continue son monologue incompréhensible, accompagné de gestes et de rires entendus. Puis il s'arrête, et, à haute voix :

— Note : auto type 8. Rien à faire, j'ai un témoin, et puis j'ai un beau métier : 30.000 par an.

Il imite maintenant le bruit d'un moteur d'auto, change de vitesse, tourne le volant, imite le bruit d'un avertisseur. Puis il reprend :

— J'assure un service d'autobus Paris-Le Havre sans interruption avec trois arrêts. Oh! arrête! tu m'étouffes! L'auto est blanche, c'est une Packard. Je ne suis pas empereur d'Allemagne, non, mais Renault est fou, moi pas, je suis trop jeune... (parle à voix basse)... j'ai bien un peu les idées à gauche.. (parle à voix

basse)... Maintenant, t'as compris : la route, les buissons, puis tu te caches. Quand je crie, on fout le camp (mots incompréhensibles).

— Que dis-tu en ce moment?

— Tu peux pas comprendre, je parle en juif.

Il imite de nouveau le chauffeur avec bruits et gestes, s'arrête tout à coup et prenant un air interrogateur :

— Comment?... Elle est blindée?... Ben oui, c'est ce que je disais... Police private... Bon, ça va.

On le fait lever. Il va vers les W.-C., appuie sur le levier de la chasse d'eau et dit : « On m'appelle. » Il marmonne entre ses dents tout en continuant à appuyer sur le levier. Puis il s'arrête brusquement et dit : « On a coupé! » Il revient ensuite sans difficulté à son lit. Il continue à parler sans arrêt et interpelle tous ceux qui l'entourent avec bonne humeur et causticité.

Pendant une quinzaine de jours, on ne constate aucun changement dans l'état du jeune malade. On observe toujours de la fuite dans les idées, entraînant des discours incohérents, des jeux de mots, des associations d'idées par assonance, une certaine jovialité maligne, symptomatique d'un syndrome d'excitation.

Cependant, bien que le malade soit sans doute possible en contact avec l'ambiance, on constate de temps à autre quelques réponses à côté qui ne semblent pas dues au trouble de l'attention, et une certaine inaffectivité vis-à-vis de sa famille.

Mais tous ces troubles s'atténuent progressivement, et à la fin du mois de février le malade a repris, après une courte phase dépressive, son état psychique normal, n'ayant gardé qu'un souvenir imprécis des semaines précédentes.

Depuis lors, Claude L... n'a plus présenté aucun trouble mental. Sorti au mois d'octobre 1939, il a repris sa vie habituelle dans sa famille. Il a subi pendant l'exode plusieurs bombardements sans présenter de réactions anormales, et la guérison se maintient à l'heure actuelle.

OBSERVATION N° XI

Roger R..., âgé de 16 ans, entre à la Colonie le 5 mars 1938, avec le certificat d'internement suivant :

« Etat confusionnel *symptomatique d'une psychose hébéphrénocatatonique probable* sur fond d'arriération mentale; négativisme, mutisme, refus d'aliments; aurait présenté chez lui des terreurs nocturnes, avait peur d'aller dans le noir, pleurait, ne répondait pas quand on lui parlait; insomnie, immobilité catatonique; persévération des attitudes provoquées. » (26 février 1938.)

— Antécédents héréditaires : père alcoolique, coléreux et impulsif. Mère normale, rien chez les grands-parents ni chez les collatéraux.

— Antécédents personnels : enfant toujours un peu arriéré, au raisonnement puéril, capricieux, assez difficile à conduire, mais pas méchant, aucune maladie dans l'enfance.

— A fréquenté plusieurs écoles sans jamais pouvoir se présenter au C.E.P.

En novembre 1937, entre comme apprenti imprimeur à l'école Saint-Nicolas. En décembre, présente un syndrome infectieux mal caractérisé, qualité grippe, avec agitation et insomnie. On le soigne sur place, mais son agitation oblige à le transférer à l'hôpital Saint-Joseph où il est agité, incohérent, confus.

Au bout de huit jours, son état s'améliore et il est rendu à sa famille, incomplètement guéri. Un mois plus tard, l'agitation reprend, surtout nocturne : il semblait assister à des scènes effrayantes, se cachait en pleurant sous ses draps pour ne pas les voir, ne répondait pas quand on lui parlait, semblait égaré et anxieux. Conduit à Henri-Rousselle, il est interné avec le certificat ci-dessus.

Huit jours après, à son arrivée à la Colonie, l'état du jeune Roger R... s'est déjà modifié : il se présente bien, ne manifeste aucun délire, répond avec à-propos aux questions qu'on lui pose. Cependant, le facies est immobile, la voix monotone. On note parfois une légère lenteur dans les réponses. Mais surtout on constate des signes confusionnels, en particulier de gros troubles de l'attention et des troubles mnésiques : les souvenirs se rapportant à la période du 15 décembre au 15 février sont très imprécis, le malade d'ailleurs le remarque lui-même et s'en montre très affecté. Pas de signes de la série catatonique. Bon état physique, pas de signes infectieux.

Pas de stigmates dégénératifs. Niveau mental : 9 ans 3 mois (appréciation vraisemblablement erronée étant donné l'état mental du sujet). Gros retard scolaire.

Au moment de la quinzaine, l'amélioration s'est accentuée, le malade est lucide, il n'y a plus trace de confusion. Il a une conscience parfaite de son état pathologique antérieur. Il persiste seulement une légère indifférence qui tend d'ailleurs à se dissiper.

Au mois d'avril, il est envoyé à l'école de la Colonie, mais en est retiré au mois d'octobre 1938. Paresseux et peu doué, il ne travaillait pas et ne faisait aucun progrès. Un test B.S. pratiqué à ce moment montre un niveau mental de 11 ans, donc sensiblement supérieur à celui du mois de mars. On le place au potager de la Colonie où il donne, pendant deux ans, toute satisfaction, montrant un certain esprit d'initiative, qui a permis de lui confier, sans sur-

veillance, de nombreux travaux relativement délicats. Seule l'existence de mauvaises conditions familiales ont empêché la sortie du jeune Roger R...

Le 20 septembre 1940, il s'est brusquement agité : aspect égaré et inquiet, il entend la voix de sa mère, il se demande ce qui lui arrive, ne reconnaît plus ceux qui l'entourent, manifeste surtout de l'anxiété nocturne. Au bout de trois jours, cet état se transforme : l'anxiété diffuse persiste, mais l'agitation a disparu et est remplacé par un état dépressif avec mutisme et refus d'aliments. Cet état dure peu d'ailleurs et s'améliore rapidement. Roger R... se rend compte qu'il a été malade, mais reste déprimé et vaguement inquiet.

Le 18 octobre, reprise des troubles mentaux qui se présentent et évoluent de la même façon qu'un mois auparavant : d'abord une phase d'agitation avec anxiété, hallucinations, onirisme. Cette phase dure quarante-huit heures et est suivie d'une phase dépressive avec mutisme absolu et refus d'aliments. L'amélioration est d'ailleurs plus rapide et, au bout de huit jours, les troubles mentaux semblent avoir complètement disparu. Le malade a retrouvé son comportement antérieur et reconnaît en souriant « qu'il a entendu des voix qui n'existaient pas et qui le travaillaient ».

Le 1^{er} novembre, il reprend ses occupations habituelles et sort de la Colonie en février 1941. Depuis lors, il a retrouvé du travail comme garçon de courses chez un négociant à qui il donne toute satisfaction.

OBSERVATION N° XII

Bernard T..., âgé de 14 ans, entre à la Colonie le 4 avril 1940.

— Antécédents héréditaires : de nombreux cas de tuberculose pulmonaire, mais pas de troubles mentaux.

— Antécédents personnels : pas de maladie grave. Développement psycho-moteur un peu retardé. Caractère coléreux et impulsif. A été en classe jusqu'à l'âge de 14 ans. N'a pu acquérir de connaissances scolaires suffisantes pour pouvoir se présenter au C.E.P. A été placé ensuite comme apprenti dans un atelier de mécanique.

— C'est au bout de trois semaines de séjour dans cet atelier que sont apparus les premiers troubles mentaux sur lesquels nous n'avons pu obtenir que des renseignements très imprécis. Il se serait mis brusquement à prononcer des paroles incohérentes, il aurait déclaré un soir à son père que son patron viendrait le trouver parce qu'il avait trouvé des sacs de charbon pleins de sang, qu'il voyait la police secrète. Il avait l'air inquiet et égaré, manifestait une activité désordonnée. Puis est apparue une agitation violente qui a entraîné l'internement du jeune malade, avec le certificat suivant :

« Accès hypo-maniaque *symptomatique d'hébéphrénie*. Extrême agitation, actes agressifs, coprolalie, tendance à la destruction. Fond de débilité mentale. » (2 avril 1940.)

— Bernard T... arrive à la Colonie dans un état d'excitation psycho-motrice intense : désordre des actes, logorrhée, la plupart du temps incompréhensible. De plus, il entend des voix, il y a surtout un courant qui le traverse.

— Le 12 avril : état sans changement. Grande agitation. Contact impossible. Propos incohérents, avec fuite des idées et quelques néologismes. Le malade semble peu puiser dans l'ambiance : « Je parle à René. Oui, laisse le poste. Berlin à 8 heures, de quoi, de quoi, téléphone à 8 heures. Les deux oreilles sont là. Quoi?... (semble écouter)... Elles disent que madame... tout va bien... oui, René... Culberte, je l'ai fait dernièrement. Ça craque. Dis rien... je comprends ce que c'est, etc... »

— Un dessin sur un buvard lui semble être un escargot. On lui donne un papier et un crayon pour qu'il écrive son nom : il ne fait que des gribouillages informes en marmonnant des mots incompréhensibles.

— Il présente, de plus, quelques manifestations oniriques : il court après des vipères, il se cache soudain les yeux avec un air anxieux, il essaye parfois d'attraper avec sa main des insectes invisibles.

— Cet état reste stationnaire pendant deux mois environ. À partir du mois de juillet, les troubles mentaux s'améliorent lentement, mais progressivement. Nous avons d'ailleurs peu de renseignements sur les modalités de cette amélioration.

— Au mois d'août, le jeune Bernard T... semble avoir retrouvé son état normal. Il reconnaît avoir été malade, mais n'a gardé qu'un souvenir très imprécis de cette période. Ne semble pas présenter de séquelles mentales. Niveau mental de 11 ans (B.S.), qui correspond vraisemblablement au niveau mental antérieur.

— Le malade sort le 2 septembre 1940. Il entre comme apprenti chez un jardinier de Pontoise; il mène une vie normale et n'a pas quitté sa place depuis lors.

Enfin, voici une série d'observations dans lesquelles les symptômes confusionnels prennent le pas sur le délire et les troubles de l'humeur. Mais nous trouverons toujours ces trois ordres de symptômes réunis suivant des modalités variables. Remarquons, en outre, que, dans nos observations, tous les intermédiaires existent entre les cas où prédominent le délire, les symptômes confusionnels ou les troubles de l'humeur, et que, d'autre part, on

rencontre souvent un accès délirant d'aspect maniaque ou mélancolique suivi d'un accès d'aspect confusionnel ou inversement.

OBSERVATION N° XIII

Emile B..., âgé de 16 ans, entre à la Colonie de Vaucluse le 1^{er} août 1936, avec le certificat de placement suivant :

« Est atteint d'une *psychose hebéphrénique en évolution*. Etat anxieux, avait peur que la maison s'écroule, que son doigt se fende : il est coupé en plusieurs morceaux, sent des odeurs de cheval. Le vin et les champignons dégagent une odeur qui lui fait mal à la tête. Craintes d'empoisonnement. Bradypsychie. Demi-mutisme. Dans le service, a peur qu'on le tue. Opposition. »

— Immédiat : « Présente un état d'obusation intellectuelle avec bradypsychie extrême et anxiété. Quelques idées hypochondriaques. Incohérence verbale dans certaines réponses. Autisme. Voix basse et monotone. Facies figé, indifférent, possibilité de troubles hallucinatoires, surtout de la sensibilité générale et spéciale. Incontinence d'urine par intervalles. *Evolution hébéphrénique probable*. A maintenir. »

— Antécédents héréditaires : mère « très nerveuse » ; père alcoolique chronique, gros tremblement des lèvres.

— Antécédents personnels : enfance normale, bec de lièvre opéré. A été en classe jusqu'à 13 ans. N'a pas passé son C.E.P. p. suite d'un accident. Mais l'enfant travaillait bien, son intelligence semblait normale. Passe ensuite deux ans dans une école professionnelle, puis entre comme apprenti ébéniste dans un grand magasin où il donne toute satisfaction. Était généralement craintif, travailleur, affectueux.

— Les premiers troubles sont apparus assez brusquement en juin 1936 à l'occasion des grèves qui ont beaucoup impressionné le jeune Emile B... et ont provoqué chez lui un sentiment d'inquiétude vague. Cette inquiétude s'est rapidement transformée en anxiété véritable en même temps qu'apparaissaient des interprétations (on le surveillait, on le suivait). Quelques idées délirantes hypochondriaques vagues, mal systématisées et dénuées de conviction profonde (il croit que ses aliments lui font mal, qu'on va peut-être l'empoisonner). Quelques hallucinations olfactives : il sentait de mauvaises odeurs. Sentiment d'étrangeté, de transformation du monde extérieur « qui n'était plus comme avant ». D'après les renseignements donnés par le malade lui-même et par sa famille, il semble avoir présenté quelques épisodes d'onirisme fruste pendant lesquels il voyait le mur de la maison s'écrouler, son doigt fendu, son corps coupé en morceaux. A présenter au début un

léger état d'agitation, puis un état d'obnubilation avec semi-mutisme et mimique anxieuse.

— A son arrivée à la Colonie, le malade est immobile dans son lit; le faciès est figé, indifférent, la bradypsychie extrême : les réponses sont lentes, retardées, souvent inadaptées, l'incohérence, d'ailleurs inconstante, est surtout nette dans les réponses aux questions des tests Binet-Simon. (Exemple : Q. : Avant de prendre parti dans une affaire importante, que faut-il faire? — R. : Il faut d'abord se protéger les parties sensibles. — Q. : Pourquoi pardonne-t-on plutôt une mauvaise action exécutée avec colère qu'une mauvaise action exécutée sans colère? — R. : Ça dépend, si c'est un homme qui a de la barbe, il peut tomber dessus et se faire mal à la mâchoire). Par instant, mutisme incoercible, ou bien, à voix basse et monotone, il manifeste quelques idées hypochondriaques : il se sent « tout drôle », il sent de mauvaises odeurs dans les dents. Parfois son visage s'anime, révélant ainsi son anxiété.

— Légère désorientation dans le temps, dysmnésie des faits récents, vague conscience de l'état morbide.

— En présence d'un tel tableau clinique, on pense à une psychose hebéphrénique. Mais, très rapidement, on constate une amélioration importante : le trouble de la conscience s'atténue, les réponses sont plus vives, mieux adaptées.

— Le certificat de quinzaine note : « Confusion mentale en voie d'amélioration, anxiété et dépression moindre. Semi-mutisme, incohérence des propos par intervalles. »

— Dans les semaines qui suivent, l'amélioration se poursuit, l'état dépressif, l'anxiété, les signes de dissociation intellectuelle disparaissent complètement et au milieu de septembre Emile B... est envoyé au quartier des travailleurs.

— Son état mental semble être tout à fait normal : il ne persiste aucun déficit intellectuel (niveau mental : 14 ans 1/2), ni aucun trouble affectif.

Emile B... est rendu à sa famille le 3 décembre 1936. Il reprend son travail et, jusqu'en 1938, mène, d'après ses parents, une vie tout à fait normale.

— Au mois de juillet 1939, réapparition brusque des troubles mentaux sous la forme d'une excitation psycho-motrice avec propos incohérents, réponses à côté, préoccupations hypochondriaques (« il a mal au ventre, aux dents, il a les nerfs agités »), craintes sur la santé de ses parents, craintes nombreuses d'accidents, d'empoisonnement. Phobies multiples : Il voudrait supprimer les couteaux des Scouts, les ciseaux dans les ateliers, le gaz dans les immeubles pour éviter les incendies, les asphyxies, etc... Anxiété diffuse, légère fuite des idées, ton monotone de la voix.

— Interné le 19 juillet avec le diagnostic d'hébéphrénie à évo-

lution discontinue, il se présente alors sous un aspect bien différent : inertie, obnubilation profonde, troubles marqués de l'attention, désorientation temporo-spatiale. Voix basse monocorde, sans teinte affective. Mais cet état dure peu et ces symptômes disparaissent progressivement en trois semaines, laissant après eux une légère indifférence qui disparaît elle-même au bout d'un mois. Le malade travaille régulièrement et sort guéri le 15 décembre 1938. Depuis cette date, Emile B... n'a plus jamais présenté de troubles mentaux.

OBSERVATION N° XIV

Robert L... entre à la Colonie le 15 janvier 1935. Agé de 17 ans.

— Antécédents héréditaires et collatéraux :

— Grand-père maternel alcoolique. Interné 2 fois. Décédé lors du 2^e internement d'une crise de *délirium tremens*.

— Père alcoolique. A présenté à plusieurs reprises des crises d'épilepsie toxique. Impulsif, violent, querelleur.

— Mère peu intelligente.

— Cinq frères et sœurs bien portants mais arriérés et peu instruits.

— Antécédents personnels :

A toujours été très chétif; coqueluche, rougeole à 6-7 ans. Auparavant, à l'âge de 5 ans, a été traité pendant trois mois à l'hôpital Trousseau pour une affection cardiaque qui semble être un R.M. congénital. N'a fréquenté l'école qu'une année, à l'âge de 10 ans. On l'en a retiré « parce que cela le fatiguait ». A 14 ans, sa santé s'est améliorée; il fait six mois d'apprentissage chez un cordonnier. Puis devient maltier, avec son frère aîné; garde sa place jusqu'en octobre 1934.

— A ce moment, Robert L... contracte une légère affection rhino-pharyngée, à l'occasion de laquelle apparaît une décompensation de sa lésion valvulaire. Traités par la digitaline, les symptômes hyposystoliques s'amendent peu à peu et ont à peu près disparu au mois de décembre.

— Le 6 décembre 1935, brusquement, le malade s'agite, ne dort plus, ne mange plus, prononce des paroles sans suite, devient coléreux et impulsif. Devant l'intensité de son agitation et de ses réactions, sa famille est obligée de le conduire à Henri-Rousselle. Il présente une activité désordonnée, se lève, s'assied, éteint la lumière, frotte la table avec du papier (« C'est salé. »). Il jette les objets à terre, les ramasse. Ne répond pas quand on l'interroge ou répond par des jeux de mots. Puis, spontanément, propos incohérents : « Je vais pisser dans mon pantalon; je ne cherche

plus la... c'est de la blague... Alphabétique, antique... alors... maintenant, je vais réciter mon alphabet... par... c'est chauffé... je vais pisser par terre. Je prends tout au féminin ou au masculin droit ou gauche... », etc. Il est interné le 8 janvier 1935, avec le certificat suivant :

« Confusion mentale, incohérence des propos, agitation, opposition, refus d'aliments, coups aux infirmiers, sourires discordants, écholalie, jeux de mots, malpropreté, gâtisme, désordre des actes. *Possibilité d'une évolution hébéphrénique.* »

— Le 16 janvier, à la Colonie, Robert L... est étendu, immobile, dans son lit. Somnolence continuelle, regard vague et incertain, ne répond à aucune des questions qu'on lui pose. Alimentation difficile. Gâtisme. De temps en temps, il se lève, marche en titubant, l'air égaré, s'approche du lit de ses voisins, semblant chercher quelque chose sous les couvertures.

— Pendant les huit jours suivants, l'état du malade reste sans changement : tout contact avec lui est impossible. Il ne répond toujours pas aux questions qu'on lui pose : parfois il semble ne pas écouter, à d'autres moments, il semble ne pas comprendre. Subagitation, désordre des actes : il défait constamment son lit, chiffonne ses draps, se promène au hasard dans la salle d'un pas lent et incertain. Gestes impulsifs de temps à autre.

— Puis on constate une légère amélioration. Au moment de la quinzaine, le 30 janvier, Robert L... est plus calme, moins impulsif. Il s'alimente bien, ne gâte plus, les actes sont moins désordonnés ; le regard est moins égaré. Parfois, sa mimique révèle une légère anxiété. Mais le malade garde toujours un mutisme absolu.

— Pendant le mois de février, l'amélioration se poursuit, le mutisme disparaît peu à peu ; le malade commence par répondre par oui ou par non, puis, semblant se réveiller d'un long somme, se met à questionner les infirmiers sur l'endroit où il se trouve, sur la date, sur son séjour à la Colonie. Il n'a gardé qu'un souvenir très vague des semaines précédentes ; il sait qu'il a éprouvé de nombreuses sensations pénibles ou étranges, mais ne peut préciser lesquelles, « tout était à l'envers ». Il cherche avec peine à rassembler ses idées qui lui semblent « éparpillées dans tous les coins de sa tête », mais commence à prendre conscience de son état pathologique. A partir de ce moment, l'obnubilation disparaît rapidement, l'évolution vers la guérison se précipite et, à la fin du mois de février, le malade a retrouvé son intégrité mentale. Les tests B. S. montrent alors une légère arriération (niveau intellectuel : 13 ans 8 mois) qui semble préexistante à la maladie. Pas de troubles affectifs, aucun trouble du comportement.

— La sortie est signée le 4 juin 1935. Le malade reprend sa place de maltier. Bien que travaillant irrégulièrement, par suite

des troubles cardiaques qu'il a présentés de nouveau à plusieurs reprises et qui l'ont fait réformer, il conserve cette place et mène une vie normale jusqu'en juin 1940. Depuis lors, nous n'avons pu retrouver sa trace.

OBSERVATION N° XV

— Martial L..., âgé de 16 ans, entre à la Colonie de Vaucluse le 29 mai 1937.

— Antécédents héréditaires mal connus. La mère semble très débile, un frère et une sœur normaux et bien portants.

— Antécédents personnels : A présenté des convulsions à un an, à l'occasion d'une maladie infectieuse. A été en classe jusqu'à l'âge de 14 ans. N'a que péniblement réussi à apprendre à lire et à écrire. Mais a toujours été calme et docile.

— Les troubles mentaux ont débuté brusquement au début du mois de mai 1937, par un épisode vraisemblablement onirique : agitation violente, cris, pleurs, gémissements, tentative de fugue anxieuse. Le jeune malade semblait complètement égaré, ne dormait plus, voyait continuellement des loups qui voulaient lui sauter à la gorge. Conduit à Henri-Rousselle, il est interné à l'asile clinique où il est l'objet, le 28 mai, du certificat d'admission suivant :

« *Evolution hébéphrénocatatonique, sur fond d'arriération mentale prononcée, avec turbulence, excitation violente par intervalles, opposition, gémissements, maniérisme, stigmates dégénératifs.* »

— A son arrivée à la Colonie il ne présente plus de signes d'onirisme, ni d'excitation. Il paraît au contraire hébété, inerte, indifférent. Il répond avec un peu de retard aux questions qu'on lui pose. Les réponses sont correctes, dénotant d'ailleurs un niveau mental assez bas, mais il s'exprime très lentement à voix basse et monotone. Il n'a qu'un souvenir très vague des dernières semaines : il sait seulement « qu'il a fait des drôles de choses sans savoir pourquoi ». Il croit qu'on voulait lui faire du mal, qu'on le prenait pour quelqu'un qu'il n'était pas.

Il proteste de son innocence et assure qu'on l'a accusé à tort. Quand on lui demande de quoi on l'accusait, il répond qu'il ne sait plus très bien.

On constate de plus un certain maniérisme.

— L'état général est satisfaisant. On note à l'examen de nombreux stigmates de dégénérescence : visage très irrégulier, voûte palatine ogivale, implantation irrégulière des dents, etc...; tête typique de dégénéré.

L'inertie, l'indifférence s'améliorent rapidement; l'idéation de-

vient de moins en moins confuse et, à la fin du mois de juin, le jeune Martial L... semble avoir retrouvé son état mental normal. On peut alors vérifier que le malade est atteint d'une arriération mentale notable (âge mental : 9 ans 1/2). Connaissances scolaires élémentaires.

— Le malade est rendu à sa famille au mois de juillet 1937 et n'a plus présenté depuis lors aucun trouble mental. Des renseignements obtenus récemment, il résulte que Martial L... a conservé depuis sa sortie son comportement habituel.

OBSERVATION N° XVI

André M..., âgé de 15 ans, entre à la Colonie le 2 mars 1939.

— Antécédents héréditaires et collatéraux :

— Le père a présenté des troubles mentaux qui l'ont fait interner à Orléans, et sur lesquels nous n'avons pas de renseignements. Décède il y a quelques années.

— Mère bien portante; deux sœurs et un frère plus jeunes et bien portants.

— Antécédents personnels :

— Enfance normale. Pas de maladie grave. Développement psycho-moteur normal. A passé avec succès le C.E.P. il y a un an. Mais travaillait avec difficulté. A toujours été nonchalant, naïf et suggestible.

— En août 1938, a présenté pour la première fois quelques troubles mentaux. Il croyait qu'on allait le mettre en prison; il était préoccupé et inactif. Ces troubles semblent s'être rapidement améliorés puisqu'il a pu être mis en apprentissage chez un bourrelier. Mais a été renvoyé au bout de trois mois pour une raison inconnue. L'état du jeune André M... est resté normal, semble-t-il, jusqu'au 15 février 1939. Puis, brusquement, il s'agite; il passe la nuit par la fenêtre et va, très excité, chez des voisins, disant qu'on voulait l'empoisonner, que l'instituteur faisait des essais sur lui tous les soirs. Ramené chez lui, il bat sa mère et sa sœur et se sauve de nouveau dans la rue en chemise.

— Emmené à Henri-Rousselle, il est interné avec le certificat suivant :

« *Psychose hétérophrénique*. Idées confuses de persécution avec hallucinations épisodiques. On veut le tuer, l'empoisonner : « C'est le patron, le bonhomme qui est à côté avec du blé empoisonné. » On lui envoie des courants électriques. Entendait des menaces de mort. Englobe dans son délire tout son entourage, voisins, instituteurs, parents. Aurait frappé ces derniers. Méchant avec ses frères et sœurs qu'il battait. Se serait sauvé la nuit en chemise chez

des voisins, après avoir sauté par la fenêtre. Débilité mentale; agitation anxieuse; coups dans la fenêtre. » (28 février 1939.)

— Le 1^{er} mars, le certificat immédiat de l'asile clinique note :

« Affaiblissement psychique chez un débile mental. Bradypsychie extrêmement prononcée, troubles du caractère, épisodes anxieux avec réactions pantophobiques et agressives. Vagues idées passagères de persécution avec hallucinations auditives, sourires immotivés, absence de balancement des bras dans la marche. Réflexes rotuliens exagérés. »

— A la Colonie : L'enfant est couché dans son lit, immobile. Ne fait aucun mouvement spontané. Il a un air égaré, absent, semble tout regarder sans comprendre. Mais surtout il présente une bradykinésie et une bradypsychie très prononcées. Quand on l'interroge, il met 30 secondes à 1 minute à répondre, d'une voix extrêmement lente. Quand on lui commande un mouvement quelconque, il l'exécute avec du retard et au ralenti. La marche en particulier est très spéciale : attitude légèrement figée, mouvements de toute la partie supérieure du corps. Malade docile, assez suggestible, pas d'opposition. Pas de gâtisme. Par suite de cette bradypsychie et de cette bradykinésie, l'interrogatoire du malade est assez difficile. Cependant on arrive tout de même à lui faire extérioriser quelques idées délirantes assez pauvres et inconsistantes :

« R. — On veut me faire du mal.

D. — Quel mal veut-on te faire?

R. — J'sais pas; p't'être bien me tuer ou m'empoisonner.

D. — Pourquoi veut-on te tuer?

R. — J'sais pas trop; c'est comme ça.

D. — Qui veut te faire du mal?

R. — J'crois bien que c'est l'instituteur; et puis il y a aussi des voisins. Ils m'envoient de l'électricité la nuit.

— En insistant un peu, on arrive d'ailleurs assez facilement à lui faire rectifier, tout au moins partiellement, ses idées délirantes. Il semble de plus désorienté, il ne sait pas où il est, il se croit en décembre 1939, en plein été. Il est incapable de donner des renseignements sur l'histoire de sa maladie et sur ses antécédents. Mais il semble bien que ce délire pauvre évolue sur un fond mental assez faible. A l'examen, on constate de nombreux stigmates de dégénérescence. Quelques jours plus tard : état stationnaire; même attitude égarée, même bradypsychie, même lenteur des réponses.

— Ainsi, on lui demande son nom. Au bout d'une minute, il répond : « Je l'ai oublié. » On le lui fait lire parmi d'autres noms; il le retrouve. Puis, plusieurs questions lui sont posées qui res-

tent sans réponse. L'enfant regarde devant lui, semblant ne rien voir, avec un sourire un peu niais sur les lèvres; on poursuit l'interrogatoire :

D. — Es-tu malade?

R. (après répétition de la question) — Non.

D. — Où es-tu ici? (On répète plusieurs fois la question, on le secoue, et il finit par répondre.)

R. — Dans une infirmerie.

D. — Pourquoi es-tu dans une infirmerie?

R. — Parce que je suis un romanichel.

— A d'autres moments, attitude de perplexité; sensation d'étrangeté : il se croit au ciel, il ne sait pas pourquoi; il ne sait pas non plus pourquoi il y a des infirmières et ne sait pas que ce sont des infirmières; semble parfois présenter une certaine ambivalence dans ses réponses : en réalité, cette ambivalence apparente est le résultat de son extrême suggestibilité; ainsi, on lui fait dire à volonté qu'il est malade ou qu'il ne l'est pas. Les idées de persécution semblent avoir disparu, de même que les hallucinations auditives. Il est surtout désorienté; pas de troubles apparents de l'attention : il s'agit vraisemblablement d'une obnubilation du type confusionnel avec lenteur extrême de la compréhension et de l'idéation.

— Le 10 mars : Reprise des idées de persécution. Au début de l'interrogatoire, il ne répond à aucune question. A force d'insister, il finit par dire :

« — Je ne peux pas parler.

D. — Pourquoi?

R. — Parce qu'on m'accuse de faire du mal.

D. — A qui?

R. — Aux petits oiseaux.

D. — Qui t'accuse ainsi?

R. — J'sais pas trop; p't-être bien mon père.

D. — Ton père ne t'aime donc pas?

R. — Oh! si, il m'aime beaucoup; ce n'est pas lui qui m'en veut; c'est quelqu'un que je ne connais pas, qui m'envoie de l'électricité. »

— Après ces réponses souvent incohérentes, faites avec une extrême lenteur, il ne répond plus du tout et regarde ses interlocuteurs, comme s'il faisait un gros effort, sans résultat, pour parler.

— Le 12 mars : Le malade est beaucoup plus présent. Il répond toujours aussi lentement, mais avec plus de facilité. Il peut donner quelques renseignements sur ses antécédents et raconte ainsi l'histoire de sa maladie :

« — Je suis tombé malade il y a deux mois parce que j'ai eu les reins cassés en tombant du grenier. J'ai été gravement malade parce qu'on ne me donnait pas assez à manger. Et puis, je suis mort.

D. — Pourquoi ne te donnait-on pas assez à manger?

R. — C'étaient papa et maman. Ils m'aimaient bien mais ils disaient que j'étais méchant parce que je battais un peu ma petite sœur, et puis il y avait le maître d'école qui me lançait de l'électricité avec des lampes parce qu'il m'en voulait un peu.

D. — Pourquoi t'en voulait-il?

R. — Il m'en voulait à cause de la politique, mais il m'aimait bien tout de même.

D. — Mais alors, puisqu'il t'aimait bien, es-tu sûr qu'il t'en voulait?

R. — P'têtre bien que non. C'était surtout des gens que je ne connaissais pas. Ils me lançaient de l'électricité pendant la nuit, ça m'empêchait de dormir.

D. — Est-ce qu'on te lance encore de l'électricité?

R. — Non, plus maintenant, parce que je suis loin.

D. — Où es-tu maintenant?

R. — Je suis dans la lune.

D. — Qu'est-ce qui te fait penser que tu es dans la lune?

R. — Je suis dans la lune parce que je vois toujours le soleil. Il ne fait jamais nuit.

D. — Et pourquoi es-tu dans la lune?

R. — C'est parce que je suis mort. Le Bon Dieu est venu me chercher en avion.

D. — Qui sont les enfants qui sont autour de toi?

R. — Ce sont les habitants de la lune. Vous, c'est pas la même chose, vous êtes un savant.

D. — Es-tu sûr que tu sois mort?

R. — J'suis p'têtre bien pas mort. Pourtant si, je suis mort, parce que je suis plus comme vous. Et puis, il fait toujours jour, je ne vois jamais la nuit. C'est plus comme sur la terre. »

— Pourtant, en insistant un peu, on arrive à lui faire abandonner son idée délirante. Donc, délire peu consistant, mobile, changeant d'un jour à l'autre, souvent extravagant, accompagné de symptômes frustes d'onirisme et d'une évidente sensation d'étrangeté. Et, en plus de son délire, il persiste toujours :

— une bradypsychie et une bradykinésie notables;

— une désorientation spatiale.

Le tout évoluant sur une débilité mentale certaine.

— Le 20 mars 1939 : Amélioration nette de l'état mental du malade : plus aucune idée délirante. Le malade sait qu'il est dans les environs de Paris. Notion relative de son état morbide : il se sent malade et se rend compte qu'il est à la Colonie pour se faire soigner. « Ça me tient dans la tête; vous, vous êtes là pour me soigner avec les infirmières. »

— Persistance de la bradypsychie et de la bradykinésie, sans tendance à la conservation des attitudes. La suggestibilité, notée au début de son séjour à la Colonie, a disparu. Attitude plus franche et mieux adaptée, réponses plus spontanées.

— Mais cette amélioration relative ne se poursuit pas : état stationnaire pendant le mois d'avril. Au début du mois de mai, si les idées délirantes n'ont pas reparu, par contre le malade tombe dans un état stuporeux, avec immobilité complète, tendance à la conservation des attitudes provoquées. Bradypsychie et bradykinésie extrêmes; il faut plusieurs sollicitations extérieures pour tirer le malade de sa torpeur. En même temps, atteinte de l'état général, avec anxiété et amaigrissement.

— Le 6 mai, on tente un abcès de fixation : légère ascension thermique, formation d'un petit abcès qui est incisé. Aucun changement dans l'état mental.

— Le 26 mai, nouvel abcès de fixation.

— Le 1^{er} juin, brusquement, apparaît, en même temps qu'une ascension thermique à 40°, un état d'excitation. Le malade est sorti de sa torpeur: il est beaucoup plus éveillé, proteste « contre la mauvaise piqûre qu'on lui a faite ». Pas d'excitation motrice, mais logorrhée incessante et incompréhensible.

— Le 4 juin : Amélioration très nette, bien que André M... présente toujours de l'excitation psychique. Il répond bien et intelligemment quand on l'interroge mais devient incohérent dès qu'on le laisse parler. L'état général s'est amélioré. Euphorie légère. Le bradypsychie a disparu; seule, persiste encore la bradykinésie, bien que moins marquée.

— Le 15 juillet. Le malade ne semble plus présenter de troubles mentaux. Il a une conscience parfaite de son état pathologique antérieur, mais n'en a gardé que des souvenirs assez imprécis : « C'était comme un brouillard, comme un rêve », nous dit-il.

— Son niveau mental aux tests B. S. est de 12 ans 9 mois, révélant ainsi une légère arriération. Son niveau scolaire est à peu près celui du certificat d'études. Il est, comme nous le présentait les renseignements que nous avons pu recueillir, d'un caractère indolent, assez suggestible, à la fois roué et naïf, dépourvu d'initiative. Le jeune André M... semble avoir retrouvé son état normal. La guérison se maintient et le malade est repris par sa famille en août 1939.

— Nous avons reçu récemment des renseignements détaillés sur son état de santé qui est excellent. Depuis son départ, il n'a cessé de travailler comme apprenti jardinier. Et son comportement absolument normal permet de penser à une guérison complète.

OBSERVATION N° XVII

Augustin M..., âgé de 14 ans, entre à la Colonie le 3 juin 1934. Il est fils unique. Son père est mort des suites de blessures de guerre. Sa mère est une déprimée constitutionnelle. Lui-même n'a jamais été malade, mais a toujours été d'une intelligence médiocre. Apprenant difficilement, il a été retiré de l'école à 13 ans, et placé comme garçon dans un café d'un bourg du Pas-de-Calais, où le travail était très fatigant. Il n'aurait jamais fait d'excès alcoolique.

— Les troubles mentaux ont débuté brusquement au milieu du mois de mai: le malade s'est agité, est devenu incohérent, ne savait plus où il était. Sur le conseil d'un médecin, sa famille le conduisit à Paris et, dans le train, il tire brusquement le signal d'alarme parce qu'il avait vu Dieu lui faire signe à travers le carreau.

— Il est interné, le 23 mai, avec le certificat suivant :

« Débile mental. Excitation psychique avec idées délirantes polymorphes : cris, chants, sifflements, grimaces. Parle surtout de couleurs : il a un vélo noir, il a pris un taxi rouge, etc... Il a trouvé de l'or. Désordre des actes : a tiré en chemin de fer la sonnette d'alarme. Incapacité de travailler. Début il y a cinq jours. *Probabilité d'hébéphrénie.* »

L'excitation s'est progressivement calmée et, à son arrivée à la Colonie, le malade est assez calme, mais l'incohérence persiste, manifeste, dès qu'on le laisse parler. Il peut quand même raconter qu'il a vu Dieu dans le train, qu'il était bien habillé, qu'il portait un capuchon noir. Il voit toujours Dieu de temps en temps, mais il ne lui parle pas. Il n'entend pas de voix, mais voit des animaux, des diables avec des cornes. Ces explications sont informes dans leur logorrhée incohérente où l'on entend parler de chats, d'or qu'il a trouvé dans la maison, de taxi rouge, de vélo noir, de scènes amusantes ou effrayantes auxquelles il assiste parfois.

La parole est facile et abondante: on note, en plus de ces idées délirantes à base d'onirisme, une légère fuite des idées, des associations superficielles. L'attention peut cependant être fixée sans trop de difficulté.

L'orientation est assez bonne dans le temps : il connaît la date à quelques jours près. Dans l'espace, elle est plus imprécise : il est en banlieue, peut-être dans une caserne ou dans une prison;

il est parti « de la fête Jeanne d'Arc » pour venir ici où il est arrivé en auto avec des copains. Voyant un marteau à réflexes, il en déduit qu'il est dans un hôpital.

— La mémoire est bonne, mais il existe une amnésie lacunaire portant sur la période d'excitation. Bonne conservation et évocation des souvenirs plus anciens.

— On note de plus : un certain maniérisme, quelques tics, clignement des paupières.

— La subagitation, la logorrhée s'atténuent progressivement. Au moment de la quinzaine, le malade est calme, parle moins, n'est plus incohérent. L'orientation est bonne et les symptômes oniriques sont en voie de disparition; cependant, la nuit, il voit encore quelques diables.

— Puis brusquement, le 3 juillet, éclate une nouvelle poussée onirique; quelques signes confusionnels : le malade hésite sur la date, et ne sait plus le jour de la semaine. Hallucinations de la vue nombreuses : diables, serpents, lumières brillantes, flammes (« il y a du feu partout »). Verbiage incessant et difficile à arrêter. Sans arrêt, le malade se lève pour regarder à sa fenêtre et sous son lit. Cependant, l'accueil est aimable, le sourire facile, la physionomie ouverte. Euphorie légère.

— Cet état dure peu et disparaît complètement en quelques jours. Le 15 juillet, le malade est envoyé au quartier des travailleurs. Le 1^{er} octobre 1934, il est renris par sa famille qui le place à la campagne comme apprenti chez un boulanger. Il conserve cette place jusqu'au printemps 1939. Il s'engage alors dans l'armée. Son engagement est accepté, mais nous n'avons pu retrouver sa trace depuis la guerre.

OBSERVATION N° XVIII

Georges N..., âgé de 16 ans, entre à la Colonie le 5 novembre 1936.

— Antécédents héréditaires :

— Père alcoolique, interné sept mois à Sainte-Anne en 1921; séparé de la mère.

— Mère bien portante, intelligente et compréhensive; a perdu un autre enfant, décédé à 5 ans d'une broncho-pneumonie.

— Antécédents personnels :

Georges N... a toujours été bien portant. Développement psycho-moteur à peu près normal. Léger retard intellectuel. Apprenait bien à l'école, mais était plus âgé que ses camarades. A quitté l'école à 14 ans, juste avant de passer le C. E. P.; a été placé ensuite comme aide-caviste chez un négociant en gros, qui était

satisfait de son travail; pas d'excès de boisson, était généralement doux, de caractère calme et un peu timoré.

— Le début des troubles mentaux remonte à deux mois environ. Début progressif caractérisé par une période de tristesse et d'inquiétude vague, remarquée par le patron du jeune N... Celui-ci manifeste peu à peu quelques idées hypochondriaques imprécises et devient de plus en plus nerveux. On le conduit à la Pitié où il reste hospitalisé 15 jours. Plus calme et moins inquiet, il retourne chez lui; mais, au bout d'une quinzaine de jours, apparaît brusquement une phase d'agitation intense pour laquelle le malade est interné, le 29 octobre 1936, avec le certificat suivant :

« Bouffée délirante *prémonitoire d'une psychose hétéroprénique*. Actuellement, mutisme, opposition, refus d'aliments, pleurs, inertie, agitation par intervalles, idées mélancoliques frustes, note confusionnelle. L'accès actuel a débuté il y a quelques jours par une phase d'excitation violente. Débilité mentale avec stigmates de *dégénérescence*. »

— A son arrivée à la Colonie, ce sont les symptômes confusionnels qui prédominent : obnubilation, retard considérable dans les réponses, parole lente et incertaine, regard hébété; désorientation temporo-spatiale : il ignore la date du jour, se croit à Villejuif, est incapable, malgré des efforts incertains, de donner des renseignements détaillés sur ses antécédents. De temps à autre, Georges N... extériorise quelques idées hypochondriaques et mélancoliques : « il a mal au cœur, et puis à l'estomac, et puis un peu partout »; c'est bien fait pour lui, il est bien puni pour tout ce qu'il a fait ».

— Le 9 novembre : agitation intense avec tentatives répétées de fuite, sous la dépendance probable d'un épisode onirique : il voyait des individus qui venaient pour le prendre et le jeter dans les enfers pour le punir; logorrhée incohérente, accès de rire, puis crise de larmes. Refus d'aliments, gâtisme volontaire.

— Cet état d'excitation dure peu et, deux jours après, le 11 novembre, le malade est calme et beaucoup moins confus. Il répond facilement, avec spontanéité, n'est plus incohérent. L'orientation laisse encore à désirer et le malade présente une amnésie partielle portant sur les semaines précédentes. Il a un souvenir vague de sa dernière crise d'excitation, se rappelle seulement qu'il a eu très peur mais ne sait plus pourquoi; « tout est vague et brouillé ». Il manifeste encore quelques idées hypochondriaques et d'auto-accusation; mais il ne semble pas y croire avec beaucoup de conviction et admet facilement leur réfutation.

— Cette amélioration se poursuit régulièrement et, à la fin du mois de novembre 1936, l'état mental du jeune Georges N... semble normal. Les tests B. S. montrent une légère arriération :

niveau intellectuel : 13 ans 1/2. Transféré au quartier des travailleurs, il s'occupe régulièrement. A la fin du mois de mars 1937, il est repris par sa famille pour un congé de trois mois, au cours duquel il se comporte normalement et se fait embaucher dans un atelier de carrosserie. La sortie définitive est signée à l'expiration de ce congé.

— Depuis cette date, il a travaillé sans interruption dans le même atelier. Mobilisé au printemps 1940 et reconnu bon pour le service armé, il a été rendu à la vie civile en juillet 1940, après avoir subi sans inconvénient les fatigues et les dangers de la retraite.

CONCLUSIONS

I

Les psychoses de l'adolescence, d'abord isolées des psychoses de l'adulte et considérées comme étant le résultat du bouleversement biologique de la puberté, ont perdu peu à peu leur individualité et ont subi les mêmes fluctuations nosologiques que les psychoses de l'adulte. Avec MAGNAN et son école, elles étaient rangées pour la plupart dans le cadre des délires éminemment curables des dégénérés. Seuls quelques cas assez rares correspondaient à l'hébéphrénie de KAHLBAUM. Avec KRAEPELIN et BLEULER, il n'y a plus que deux diagnostics possibles : démence précoce et psychose maniaque-dépressive. Actuellement encore, la plupart des aliénistes, tenant surtout compte de l'âge du malade, ont tendance à étiqueter démence précoce tout état délirant survenant entre 14 et 18 ans.

II

Or, parmi ces psychoses, nombreuses sont celles que l'observation clinique démontre parfaitement curables. Dans ce travail, nous avons voulu, en présentant quelques-uns de ces cas à propos desquels un pronostic sombre de chronicité avait été porté, les étudier du point de vue du diagnostic et du pronostic et rechercher quels sont les éléments qui puissent permettre d'envisager précocement une évolution favorable de la maladie.

III

Du point de vue clinique. — Il n'y a pas de différence essentielle entre ces états délirants et ceux observés chez l'adulte. Ils se rapprochent de ceux décrits par MAGNAN sous le nom de délires d'emblée et étudiés après lui par des auteurs français et allemands sous le nom de bouffées délirantes épisodiques, de délires

polymorphes, de psychose délirante dégénérative aiguë, de psychoses occasionnelles ou de délires à structure oniroïde. Ils se présentent avec les caractères suivants :

1° Apparition après la puberté sur un terrain taré : constitué par la presque constance d'une hérédité psychopathique polymorphe et la fréquence d'une débilité mentale plus ou moins accusée.

2° Début, sinon brutal, du moins toujours rapide et précédé par une courte phase d'incubation.

3° Idées délirantes polymorphes s'ajoutant, se chevauchant, se succédant les unes aux autres, sans aucun lien logique entre elles. Parfois exprimées avec conviction, elles sont souvent floues, vagues, sans consistance, toujours asystématiques et marquées d'une certaine incohérence. Elles sont souvent le reflet, dans la pensée vigile, d'un onirisme passé ou persistant. Ce délire nous a paru souvent beaucoup moins riche que chez l'adulte.

4° Existence de signes concomitants :

— Des éléments confusionnels surajoutés : soit signes confusionnels francs et passagers, soit signes atténués se manifestant surtout par une dysmnésie légère et par un trouble de la conscience. Il faut noter la fréquence d'un onirisme plus ou moins dégradé.

— Des troubles de l'humeur, variables d'un jour à l'autre chez le même malade, révélateur de l'état affectif intense qui sous-tend le délire; l'anxiété est particulièrement fréquente.

— L'atteinte de l'état général, signalée par les auteurs modernes, nous a paru, si elle existe, très discrète.

5° Tous ces symptômes réalisent un aspect d'ensemble très spécial avec le remaniement incessant du tableau clinique, la succession et le chevauchement d'états très divers, qui semblent intensément vécus par le malade.

6° L'évolution n'est jamais d'une seule tenue, mais est essentiellement irrégulière, faite d'une succession de rémissions relatives et d'aggravations dans lesquelles se suivent des états d'excitation, de dépression, des bouffées oniriques ou confusionnelles, selon une ordonnance très variable. Cette évolution est courte et ne dépasse pas quelques semaines.

IV

Du point de vue pronostic. — Les bouffées délirantes ont un pronostic immédiat toujours favorable, mais le pronostic ulté-

rieur est à réserver en raison de la possibilité des récides. Les meilleurs éléments permettant de porter un pronostic favorable nous paraissent être :

— La présence d'une cause provocatrice : émotion-choc ou épisode toxi-infectieux.

— La brusquerie du début, la rapidité d'élaboration du délire.

— L'aspect perpétuellement changeant du tableau clinique.

— La coexistence de délire, de signes confusionnels et d'excitation ou de dépression.

V

Du point de vue diagnostic. — 1° Il est souvent fort difficile de faire la discrimination entre la bouffée délirante et la démence précoce qui se présente sous la forme de l'hébéphrénie délirante. Cette dernière peut, en effet, se manifester par un début brusque et un polymorphisme délirant. On éliminera cette psychose grâce aux éléments suivants :

— Apparition presque constante dans l'hébéphrénie de légers troubles du caractère de l'affectivité ou du comportement, plusieurs mois avant le début brutal des troubles mentaux.

— Absence de modifications incessantes du tableau clinique.

— Absence de symptômes confusionnels.

— Absence de réactions affectives accompagnant le délire, mais au contraire indifférence et désintérêt du monde extérieur.

— Présence de réactions impulsives.

— Présence de troubles de la parole et de symptômes de la série catatonique.

— Les rémissions ne permettent pas une réadaptation totale à la vie sociale. Il persiste toujours un léger fléchissement de l'intelligence ou quelques troubles persistants de l'affectivité.

Aucun de ces éléments n'a d'ailleurs en lui-même de valeur absolue.

2° Les bouffées délirantes se distinguent également des accès délirants de la psychose maniaque-dépressive et de la confusion délirante :

— *De la psychose maniaque-dépressive* : car, d'une part, l'état affectif (excitation ou dépression) n'est qu'un symptôme secondaire parmi d'autres; d'autre part, les récides ne peuvent être considérées comme spécifiques de cette psychose.

— *De la confusion délirante* : car la confusion n'est jamais franche et les symptômes confusionnels ne sont, là aussi, que secondaires au délire et passagers.

Mais il existe des formes de passage intermédiaires entre ces trois psychoses et le diagnostic devient alors surtout une question de doctrine.

Vu

Vu

Le Doyen :

Le Président de la Thèse :

BAUDOUIN

LAIGNEL-LAVASTINE

Vu et Permis d'Imprimer.

Le Recteur de l'Académie de Paris :

G. GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

A. M. P. : *Annales Médico-Psychologiques*.

S. C. M. M. : *Société Clinique de Médecine Mentale*.

ABÉLY. (X.). — Les signes liminaires de la démence précoce. (*A. M. P.*, 1926, II, p. 147.)

ABÉLY (P.). — Psychoses post-émotionnelles des jeunes gens. (*A. M. P.*, 1929, I, p. 247.)

ARNAUD. — Psychoses constitutionnelles. (*Traité Gilbert Ballet*.)

AUSTREGESILO. — Les cataphrénies. (*Encéphale*, 1926, p. 425.)

BALL (B.). — Folie de la puberté. (*Encéphale*, 1884, p. 5.)

BALLET (G.) et MALLET (R.). — Psychose hallucinatoire aiguë. (*Soc. de Psych.*, 20 nov. 1913.)

BARBE. — Diagnostic différentiel entre démence précoce et psychose maniaque-dépressive. (*Encéphale*, mai 1912.)

BARBE et GUICHARD. — Psychose maniaque-dépressive et démence précoce. (*Encéphale*, mars 1911.)

BARBE. — Catatonie et confusion mentale. (*A. M. P.*, 1928, I, p. 180.)

BARUK et GEVAUDAN (M^{lle}). — Psychose périodique chez l'enfant. (*A. M. P.*, février 1937.)

BENON et FROGE. — Du délire chez les enfants. (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, juillet 1912.)

BENON. — Délire polymorphe. (*S. C. M. M.*, 20 février 1912.)

— Asthénie et hypersthénie juvénile curable. (*S. C. M. M.*, juin 1917.)

— Le délire des dégénérés de Magnan. (*Journal des Praticiens*, 21 novembre 1936.)

BLEULER. — La schizophrénie. (*Congrès des aliénistes et neurol. de langue française*, Genève, 1926.)

BIRNBAUM. — Psychosen mit Wahnbildung und Wanhafte Einbildung bei degenerierten (1908).

- BONHÖFFER. — Klin. Beiträge zur lehre der Degenerationspsychosen. (Halle, 1907.)
- BOUYSSOU. — Voies d'entrée dans la démence précoce. (*Thèse Paris*, 1928.)
- BRIAND et BOREL. — Délire hypochondriaque chez un garçon de 16 ans. (*S. C. M. M.*, 17 mai 1920.)
- Bouffée délirante chez un dégénéré de 14 ans. (*S. C. M. M.*, 16 février 1920.)
- BRISOT et GRAVEJAL (M^{lle}). — Cyclothymie et schizophrénie: (*Bulletin de Neuro-Psychopathologie*, janvier 1939.)
- CAPGRAS et ABÉLY (X.). — Psychoses atypiques. Folie intermittente ou démence précoce. (*S. C. M. M.*, janvier 1932.)
- CAPGRAS. — Délire polymorphe et folie intermittente. (*S. C. M. M.*, 20 juillet 1914.)
- CAPGRAS et ABÉLY (X.). — Le délire interrogatif. (*A. M. P.*, 1926, t. I, p. 12.)
- CHARPENTIER (R.). — L'onirisme hallucinatoire. (*Revue neurologique*, 1919, p. 755.)
- CHASLIN. — La confusion mentale primitive (1898).
- La confusion mentale. (*A. M. P.*, 1915.)
- CHASLIN et SEGLAS. — Intermittence et démence précoce. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, mai 1911.)
- CHASLIN. — Traité de seméiologie et de clinique mentale (1912).
- CHATAGNON. — Psychoses intermédiaires entre démence précoce et psychose maniaque-dépressive. (*A. M. P.*, avril 1938.)
- CHRISTIAN. — La démence précoce des jeunes gens. (*A. M. P.*, 1899.)
- CLAUDE (H.) et BROUSSEAU. — Délire polymorphe évoluant vers la schizophrénie. (*A. M. P.*, 1923, t. I, p. 76.)
- CLAUDE (H.). — Démence précoce et schizophrénie. (*Congrès des aliénistes et neurol. de langue française*, Genève, 1926.)
- Bouffée délirante à contenu symbolique. (*A. M. P.*, 1923, t. I, p. 218.)
- Le syndrome d'action extérieur. (*Progrès Médical*, juin 1940.)
- CLAUDE (H.) et LÉVY-VALENSI. — Psychose périodique et démence précoce. (*Encéphale*, mai 1931.)
- CLAUDE, EY et MIGAULT. — Etats dysesthésiques de structure comitiale. (*A. M. P.*, 1934, t. I, p. 257.)
- CLAUDE et DUBLINEAU. — Pyréthothérapie soufrée de la démence précoce. (*A. M. P.*, 1935, t. I, p. 553.)
- CLAUDE et ROBIN. — Quelques modes de début de la démence précoce. (*Concours Médical*, 1935, p. 179.)

- CLAUDE. — Deux cas de bouffées délirantes chez des débiles mentales. (*Journal des Praticiens*, 27 octobre 1934.)
- Bouffée délirante, syndrome précurseur d'une démence précoce. (*Journal des Praticiens*, 18 avril 1935.)
- COURBON. — Démence précoce et psychose maniaque-dépressive. (*Encéphale*, 1913, t. I, p. 434.)
- COURBON et TUSQUES. — Maladies du rythme et de l'équilibre. (*A. M. P.*, t. I, p. 51.)
- CULLERRE. — Le pronostic des psychoses de la puberté. (*XIII^e Congrès international de médecine*, Paris, 1900, Section de psychiatrie, Comptes rendus publiés par A. Ritti.)
- DAGONET. — Aliénation chez les dégénérés. (*A. M. P.*, 1891, II, p. 22.)
- DAMAYE. — La confusion mentale et ses associations. (*A. M. P.*, 1911.)
- La période de curabilité dans les psychoses. (*Progrès Médical*, 1910.)
- Manie pure et manie confusionnelle. (*Revue de Psychiatrie*, septembre 1910.)
- DELMAS (A.). — Les psychoses post-oniriques. (*Rapport au Congrès de Strasbourg*, 1920.)
- Un cas de cyclothymie infantile. (*A. M. P.*, janvier 1937.)
- DIDE. — Les syndromes dits commotionnels. (*Revue neurologique*, 1918, p. 553.)
- DUBLINEAU. — Les bouffées délirantes. (*Semaine des Hôpitaux*, 1931, 15 janvier.)
- DUPRÉ et LOGRE. — Les psychoses imaginatives aiguës. (*A. M. P.*, 1914, t. II, p. 144.)
- DUPRÉ. — Pathologie de l'imagination et de l'émotivité.
- EY (H.). — Brèves remarques historiques sur les rapports des états psychopathiques avec le rêve et les états intermédiaires au sommeil et à la veille. (*A. M. P.*, 1934, t. II, p. 101.)
- Conférences non publiées de psychiatrie.
- EY et ROUART. — Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie. (*Encéphale*, mai, juin, juillet, août 1936.)
- FARNARIER. — La psychose hallucinatoire aiguë. (*Thèse Paris*, 1899.)
- FRIEDMANN. — Beiträge Z. Lehre von der Paranoïa. (*Monatschrift f. Psychiatrie*, 1905.)
- GAÜPP. — Ueber paranoïsche Veranlagung und abortive Paranoïa. (*Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1910, p. 137.)

- GUISLAIN. — Leçons orales sur les phrénopathies (1854).
- HALBERSTADT et ARSIMOLES. — Les psychoses pénitentiaires. (*Archives de Neurologie*, juin 1914.)
- HALBERSTADT. — La psychose délirante dégénérative aiguë. (*A. M. P.*, 1922, t. II, p. 100.)
- Syndromes anormaux au cours de la psychose maniaque-dépressive. (*A. M. P.*, février 1930.)
- La démence paranoïde. (*A. M. P.*, 1924, t. II, p. 297.)
- HAMEL et COUCHOUD. — Dégénérescence mentale ou psychose maniaque-dépressive. (*S. C. M. M.*, 19 décembre 1910.)
- HEUYER, BADONNEL (M^{lle}) et BOUYSSOU. — Les voies d'entrée dans la démence précoce. (*A. M. P.*, 1929, t. I, pp. 18-117 et 198.)
- HEUYER et SERIN (M^{lle}). — Les formes frustes ou fixées de la démence précoce. (*A. M. P.*, 1932, t. I, p. 118.)
- HEUYER et DUBLINEAU. — Les poussées évolutives de la démence précoce et les délires des dégénérés de Magnan. (*Progrès Médical*, 8 juin 1935.)
- HEUYER. — A propos des psychoses périodiques chez l'enfant. (*A. M. P.*, mars 1937.)
- JASPERS. — Psychopathologie générale. (Trad. Kastler et Mendousse.)
- KERAVAL. — Des délires plus ou moins cohérents désignés sous le nom de paranoïa. (*Arch. de Neurol.*, 1894, t. XXVIII, p. 480.)
- KLEIST. — Autocton Degenerationspsychosen. (*Zeitschrift für Neurologie*, 1921.)
- Episodische Dammerzustände. (Leipzig, 1926.)
- Über Zyклоïde paranoïde und epileptoïde Psychosen der Degenerations Psychosen. (*Arch. suisse de Neurologie et de Psychiatrie*, 1928, t. XXIII, p. 3.)
- KLIPPEL et TRENAUNAY. — Délire systématisé de rêve à rêve. (*Revue de Psychiatrie*, 1901, p. 97.)
- KRAEPELIN. — Lehrbuch der Psychiatrie. (Trad. Devaux et Logre, 1907.)
- KRAFFT-EBING. — Lehrbuch der Psychiatrie. (Trad. Laurent, 1897.)
- KRETSCHMER. — Der Sensitive Beziehungswahn. (Berlin, 1927.)
- LACAN (J.). — De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. (*Thèse Paris*, 1932.)
- LANGFELDT. — De quelques psychoses schizophréniformes. (*Encéphale*, 1937, I, p. 501.)
- LAUTIER. — Le démembrement de la démence précoce. (*A. M. P.*, 1924, I, p. 299.)

- La manie confuse. (*Encéphale*, 1926, septembre-octobre.)
- LEGRAIN. — Du délire chez les dégénérés. (*Thèse Paris*, 1886.)
- Les folies à éclipse (1910).
- LE PAULMIER. — Des affections mentales chez les enfants et en particulier de la manie. (*Thèse Paris*, 1856.)
- LEROY. — Démence précoce et délire intermittent. (*A. M. P.*, 1912, t. II, p. 409.)
- LEROY et MEDAKOWITCH. — Difficulté du diagnostic de démence précoce. (*A. M. P.*, 1932, t. I, p. 457.)
- LEROY et TRENEL. — Troubles récidivants chez deux sœurs. (*S. C. M. M.*, 15 mai 1911.)
- MAGNAN. — Leçons cliniques.
- L'état mental des dégénérés. (*Progrès Médical*, 1895.)
- MAGNAN et LEGRAIN. — Les dégénérés (1895).
- MAIRET. — Folie de la puberté. (*A. M. P.*, 1888 et 1889.)
- MARANDON DE MONTYEL. — La confusion mentale et ses associations. (*Gazette des Hôpitaux*, 27 novembre 1897.)
- MASSELON. — Psychoses constitutionnelles et psychoses associées. (*Encéphale*, 1913, I, p. 118.)
- Les voies d'invasions de la démence précoce. (*Encéphale*, 1914, II, p. 312.)
- MARRO. — Psychoses de la puberté. (*Congrès International de 1900.*)
- MAYER-GROSS. — Die Oneiroïde Erlebnisform. (Berlin, 1924.)
- MIGNARD et PROVOST. — Confusion mentale et psychose discordante. (*S. C. M. M.*, 17 mars 1913.)
- MOREAU DE TOURS. — Folie chez les enfants (1880).
- MOREL. — Traité des maladies mentales (1860).
- Traité de la dégénérescence.
- MINKOWSKI. — La schizophrénie et la notion de maladie mentale. (*Encéphale*, 1921.)
- NATHAN et GALLOT. — Les bouffées délirantes motivées. (*Encéphale*, 1928, t. I, p. 283.)
- NODET. — Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques. (*Thèse Paris*, 1937.)
- PASCAL (C.). — La démence précoce.
- PETIT (P.). — Les délires de persécution curables. (*Thèse Paris*, 1937.)
- RITTI. — Folie transitoire. (*A. M. P.*, 1880, t. I, p. 234.)
- ROSSI. — A propos de certains états d'aliénation curable simulant la schizophrénie. (*Encéphale*, 1928, p. 501.)

ROUART. — Psychose maniaque-dépressive et folies discordantes. (*Thèse Paris*, 1935.)

ROUSSEAU. — De la folie à l'époque de la puberté. (*Thèse Paris*, 1856.)

SANTENOISE, CODET et TARGOWLA. — Bouffées délirantes et psychoses périodiques. (*A. M. P.*, 1923, II.)

SAURY. — La folie héréditaire.

SEGLAS. — Leçons cliniques (1894).

— La paranoïa. (*Arch. de Neurol.*, 1887, I, p. 62.)

— Les accès maniaques chez les débiles. (*A. M. P.*, 1914, t. I, p. 5.)

SEGLAS et LOGRE. — Des rémissions dans la démence précoce. (*Encéphale*, 1911, t. I, p. 277.)

SEGLAS. — Démence précoce et psychose maniaque-dépressive. (*Encéphale*, 1909, t. II, p. 557.)

SCHROEDER. — Psychose de dégénérescence et démence précoce. (*Arch. f. Psych. und Nerven Krankheiten, in Encephale*, juin 1923.)

TARGOWLA. — Les délires polymorphes (*Encéphale*, 1926, t. I, p. 18.)

THOMSEN. — Die Akute Paranoïa. (*Arch. f. Psych.*, 1909, p. 803.)

TINEL. — Coïncidences familiales de démence précoce et de psychose maniaque-dépressive. (*A. M. P.*, 8 mars 1934.)

TRENEL. — La schizophrénie. (*Revue Neurol.*, 1912.)

VALLON. — Les délires transitoires. (*Congrès d'Anvers*, 1898.)

VERMEYLEN. — Sur quelques cas de psychoses interprétatives aiguës. (*Congrès d'Anvers*, 1928.)

— Les psychoses hallucinatoires aiguës. (*Journal belge de Neurol. et de Psych.*, mars 1926.)

VOISIN (J.). — Psychoses de la puberté. (*Congrès International*, 1900.)

ZIEHEN. — Psychoses de la puberté. (*Congrès International*, 1900.)

IMPRIMERIE R. FOULON^{de}

29, Rue Deparcieux, 29

P A R I S

